62e Année. 7e Série. Tome VIII — N° 1 — 3 janvier 1891

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 58, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

CLINIQUE MÉDICALE

ARTHROPATHIES MULTIPLES ET ATROPHIE MUSCULAIRE GÉNÉRALISÉE CONSÉCUTIVE, EN RAPPORT PROBABLE AVEC UNE INFECTION BLENNORRHAGIQUE,

par M. le Dr F. Raymond,

professeur agrégé, médecin de l'hôpital Lariboisière.

Le titre du présent travail indique suffisamment l'intérêt exceptionnel que présente l'observation qui va suivre, et dont nous n'avons pu retrouver d'analogue dans les recherches bibliographiques que nous avons faites à cette occasion. Après avoir donné la relation de ce fait, nous essayerons, dans des réflexions que nous développerons à la suite, d'expliquer l'enchaînement des accidents présentés par notre malade.

Obs. — Le nommé G..., âgé de 32 ans, employé de commerce, entre le 12 avril 1890 à l'hôpital Lariboisière, salle J. Bouley, lit n° 8.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort subitement à 32 ans, sans avoir jamais eu de douleurs. Sa mère est en bonne santé. Il n'y a eu ni névropathe ni arthritique chez ses ascendants.

Antécédents personnels. — Le malade a toujours été bien portant dans sa jeunesse; il n'a jamais eu d'accident ni scrofuleux, ni rhumatismal.

Histoire de la maladie. — En 1886, G... contracte une blennorrhagie subaiguë, sans grandes douleurs. Le malade prétend que l'écoulement uréthral n'aurait duré que huit jours à peine, et aurait disparu sans autre traitement qu'une solution de bicarbonate de soude; mais il aurait eu, à la suite, pendant quelques mois, la goutte militaire.

Un mois après, dans le courant de janvier 1887, le malade est pris d'une arthrite aiguë monoarticulaire du genou, avec douleur, rougeur et gonflement de l'articulation et qui l'oblige à garder le lit pendant deux mois. Il était à peu près rétabli et recommençait à bien marcher, quand, à la suite de fatigues exagérées, il fut pris de douleurs dans la colonne lombaire, avec fièvre intense, qui le clouèrent encore deux mois au lit. Lorsque ces arthrites vertébrales furent atténuées, il fut pris de douleurs dans les articulations de l'épaule droite et dans l'articulation sterno-claviculaire du même côté.

A part l'arthrite du genou initiale et les arthrites de l'épaule et sterno-claviculaire droites, les douleurs articulaires ont évolué sans manifestations inflammatoires apparentes : il n'y a eu ni gonflement, ni rougeur, ni chaleur; il y a eu seulement douleur et impotence fonctionnelle. Depuis le début de ces douleurs, le malade a été obligé de cesser tout travail.

En février 1887, sont survenues des douleurs à l'épaule gauche, qui ont duré 3 mois, mais n'ont pas nécessité le séjour au lit. Puis G... a éprouvé des douleurs dans la partie inférieure de la colonne vertébrale, au niveau des vertèbres lombaires, et dans les articulations sacro-iliaques. Au fur et à mesure que les douleurs envahissent ces différentes articulations, il s'aperçoit que les segments de membres avoisinants maigrissent et que leur

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

I. Jacques Daviel a Reims, par le Dr H. Delacroix, in-8, avec planches, fac-simile et portrait. Reims, F. Michaud. (Paris, G. Masson, 1890.) — II. Des pierres oculistiques, par le Dr J. Auzilhon. In *Montpellier médical*, 16 février 1890. — III. Le cours de clinique chirurgicale de M. le professeur Tillaux et le cœur de Louis XVII.

I. — L'auteur de la notice intéressante consacrée à Jacques Daviel n'a pas eu la satisfaction de voir son œuvre terminée. H. Delacroix est mort récemment à Varzy (Marne) où il s'était retiré, se livrant tout entier à des travaux d'érudition, après avoir longtemps, intelligemment et laborieusement pratiqué l'oculistique à Reims, où il laissait les meilleurs souvenirs. Delacroix, que nous avions le plaisir de voir, à Paris, chaque fois qu'il venait s'y reposer, en travaillant dans nos bibliothèques, était un esprit original, sagace, d'une obligeance parfaite; oculiste distingué, possédant bien l'histoire de l'ophthalmologie, il fut l'un des premiers sur la brèche, dès qu'il fut question de rendre en France, à Daviel, la justice due au célèbre oculiste.

Daviel avait résidé à Reims, il y avait exécuté un nombre assez élevé d'*opérations de cataracte* et, l'Académie de chirurgie ayant confié à Caqué, l'un de ses correspondants dans cette ville, le soin de faire une enquête sur les opérés, l'on devait espérer trouver dans les papiers de Caqué, les traces de cette enquête, de manière à compléter les documents retrouvés par nous dans les archives de l'ancienne Académie de chirurgie. C'est bien ce qui a eu lieu : un médecin rémois érudit, déjà connu de nos lecteurs, M. le docteur Guelliot, a pu mettre la main sur les manuscrits de Caqué déposés à la bibliothèque de la ville, et il s'est empressé de les signaler à notre confrère Delacroix, ne se doutant pas qu'il serait chargé par cet ami, mourant, de mettre la dernière main à son travail.

Le séjour de Daviel à Reims est donc connu dans tous ses détails. Delacroix donne en appendice des lettres de Caqué et de Daviel. Il y en a de fort piquantes. Dans celle du 23 décembre 1751, Daviel critique le frère Come qui a voulu tenter sa méthode, mais n'a pas réussi parce qu'il s'y est fort mal pris « et pour ce moine, dit-il,

force musculaire disparaît, et cela d'une façon très rapide. En même temps se produisent des troubles psychiques : le malade devient sombre, mélancolique, la mémoire diminue ; il s'aperçoit qu'il ne se rappelle plus ce qu'on lui a dit quelques instants auparavant.



Pendant les années 1888 et 1889, il n'a plus de douleurs vives dans les membres, mais il a presque continnellement des douleurs vagues tout le long de la colonne vertébrale et dans les jointures des orteils. Enfin, six mois avant son entrée à l'hôpital, apparaissent des douleurs subaiguës à la région cervicale, qui persistent encore. Consécutivement à ces douleurs, les muscles de la nuque s'atrophient, les articulations s'ankylosent, la tête tombe en avant sans qu'il soit possible de la redresser.

Etat actuel. — 12 avril 1890. Le malade est très émacié ; son poids corporel, qui auparavant était de 190 livres, est tombé à 130. Tous les reliefs musculaires ont disparu ; il y a une atrophie musculaire généralisée, mais portant principalement sur les pectoraux, les deltoïdes, les muscles périscapulaires et sur ceux de la région fessière.

Aux mains, les reliefs des éminences thénar et hypothénar ont disparu, la face palmaire est aplatie ; les avant-bras sont amaigris, flasques, sans que l'atrophie porte particulièrement sur aucun groupe de muscles. Aux bras, l'atrophie est beaucoup plus considérable ; on sent, à la palpation, dans l'épaisseur du biceps, des cordes fibreuses. Les deltoïdes semblent presque complètement disparus, de même que les pectoraux, à la place desquels est un méplat principalement à gauche.

Les muscles sus et sons-épineux et les antres muscles avoisinant l'épaule sont atrophiés, mais à un degré moindre ; les omoplates ne sont pas détachés du corps et sont à leur distance normale de la colonne vertébrale.

Mensurations :

Avant-bras, à 10 centimètres au-dessous de l'épitrochlée : gauche, 21 cm. 5 ; droit, 20 cm. 5.

Bras, à 15 centimètres au-dessus de l'épitrochlée : gauche, 22 cm. 5 ; droit, 20 cm. 5.

Tous les autres muscles du tronc sont atrophiés ; les côtes sont très saillantes et séparées par des gouttières très marquées. Les muscles de la nuque sont à peu près complètement disparus ; les apophyses épineuses des vertèbres cervicales sont très saillantes, surtout l'apophyse de la 7me cervicale, qui apparaît comme une tumeur.

La tête est penchée en avant et, quelque effort qu'il fasse, le malade est impuissant à la redresser. Quand on tente de lui relever la tête et de la tourner à droite et à gauche, on éprouve une grande résistance ; la tête est fixée dans la demi-flexion par des ankyloses des vertèbres cervicales ; lorsque G... veut regarder de côté ou d'autre ou en arrière, il est obligé de se retourner, le corps raide et d'une seule pièce.

Circonférence de la poitrine sous les aisselles : 88 centimètres.

Aux membres inférieurs, l'atrophie est surtout prononcée au niveau des muscles fessiers, dont les saillies sont remplacées par des méplats ; les parties molles de la région sont flasques, et la peau est ridée.

Les cuisses et les jambes sont atrophiées en masse, les reliefs du triceps sural, du triceps fémoral ont disparu ; mais l'atrophie ne porte pas sur un groupe musculaire plus que sur un autre.

Circonférence de la cuisse à 12 centimètres au-dessus de la base de la rotule : gauche, 37 cm. ; droite, 35 cm. 5.

Circonférence de la jambe à 10 centimètres au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia : gauche, 26 cm. 5 ; droite, 27 cm. 5.

Dans les jointures des membres primitivement affectées, on ne trouve aucune trace de gonflement, de rougeur ; le malade éprouve encore parfois des douleurs vagues, erratiques, dans les articulations, douleurs plus fréquentes et presque continnelles le long de

---

« il a fait cette opération sur un marchand de bois du faubonrg « Saint-Antoine, nommé M. Sifflet que j'avais opéré d'un œil qui « est le droit, le seul dont ce malade voit... M. de Vermale a nom- « mé ma méthode l'opération daviélique et j'ai nommé celle du « frère Come, l'opération comique ».

Dans la même lettre, Daviel, qui a toujours à se louer du Roi. raconte que « Sa M. lui a fait ouvrir en Sa présence, une dine « femelle et sortir la matrice dont je tiray le petit fœtus qui avait « deux mois, dont jus l'houneur de faire la démonstration au Roy « avec applaudissement ». Cette leçon d'anatomie, au milieu d'une chasse en plein bois de Boulogne, ne manque pas d'originalité.

L'intéressante brochure que nous avons sons les yeux se termine par des notes érudites dues à M. Guelliot sur les médecins rémois cités par Daviel, par des planches réprésentant les instruments de Daviel, aujourd'hui en la possession de notre heureux confrère, Gillet de Grandmont et par un autographe de Daviel et son cachet.

II. — Le travail de M. le Dr Auzilhon rentre bien dans le cadre de ceux que j'ai l'habitude de signaler ici et que je ne cesse d'encourager. Les pierres magiques usitées autrefois en médecine populaire, ont donné naissance aux pierres oculistiques ; celles-ci jouent encore un certain rôle dans les départements du Gard, de l'Hérault et de la Lozère, où notre confrère les a rencontrées depuis sa naissance, voire même dans sa propre famille, ce qui lui a permis de les bien étudier. Les *pierres des yeux* se transmettent de per[illegible] fils. La forme de quelques-unes semble indiquer leur destination actuelle, d'autres ont fait partie plutôt d'un bijou, d'autres enfin ne doivent qu'au hasard leur forme originale. Le mode d'emploi ne manque pas de méthode. « Ils (les malades) « écartent les paupières et appliquent la pierre sur la cornée et « la sclérotique du côté où se trouve une face lisse ; quelquefois « cependant, à cause de sa forme, ils ne peuvent l'appliquer que « du côté de la gravure, ce qui doit la rendre bien plus irritante « pour le globe de l'œil. La pierre une fois appliquée, séjourne « dans l'œil pendant un certain temps qui dépend de la nature « de l'affection, et la malade ne la sort même pas le soir en se « couchant. Certains malades ont conservé des pierres dans la ca- « vité palpébrale, pendant plus d'un demi-mois, et cela jour et « nuit. »

la colonne cervicale et de la colonne lombaire et exagérées par la pression.

La force musculaire est très notablement diminuée dans les membres. Au dynamomètre de Collin, la force de pression des deux mains atteint à peine 32 kilogr.

Il n'y a aucun trouble trophique. La sensibilité est absolument intacte sous tous ses modes. La vision est normale; l'examen de l'œil n'a donné que des résultats négatifs.

Les réflexes rotuliens sont légèrement exagérés, ainsi que le réflexe du coude.

La contraction idio-musculaire paraît aussi un peu exagérée.

La contractilité faradique et galvanique est normale dans tous les muscles, même dans ceux qui paraissent le plus atrophiés.

Traitement : Bromure de potassium, 2 grammes
Iodure de potassium, 1 —

Bains sulfureux ; électrisation faradique.

20 mai. — Le traitement n'a produit aucune amélioration. L'atrophie est stationnaire, et les résultats des mensurations sont sensiblement les mêmes qu'à l'entrée du malade à l'hôpital. La force musculaire a même diminué ; les mains, qui antérieurement développaient une pression de 32 kilogr., ne donnent plus que 28 kilogr. à droite et 26 kilogr. à gauche.

Il importe d'ajouter que le malade se prêtait difficilement à l'électrisation et employait toutes sortes de subterfuges pour s'y soustraire.

12 juillet. — Le malade sort sans amélioration.

Dans l'observation qui précède, la succession des symptômes peut se résumer dans ces quelques mots : *écoulement uréthral, arthrite du genou, douleurs lombaires avec fièvre, arthrites multiples, atrophie musculaire généralisée*, ayant eu son point de départ au pourtour des jointures malades. Il serait intéressant de savoir dans quels rapports de filiation se trouvaient ces différentes manifestations morbides.

Et d'abord l'écoulement uréthral, qui a ouvert la marche, était-il de nature blennorrhagique ? Son peu de durée, son peu d'acuité, son caractère indolent, sa cessation en quelque sorte spontanée, car la médication suivie par le malade n'a pas dû y avoir grande part, sont autant de raisons propres à éveiller des doutes sur la nature spécifique, virulente de l'écoulement.

Mais les renseignements fournis par les malades sur leurs antécédents sont souvent inexacts ; les malades se trompent inconsciemment quand ils ne nous trompent pas sciemment. En admettant que notre malade fût de bonne foi, était-il guéri le jour où il croyait l'être ? Son écoulement n'avait-il pas seulement pris les allures d'une blennorrhagie latente, forme sous laquelle il passe souvent inaperçu des sujets peu tourmentés par le besoin de s'observer ? La nature spécifique de l'écoulement trouve d'ailleurs un point d'appui dans la suite de l'observation du malade. Un mois après le début de l'écoulement uréthral, est survenue une arthrite du genou, qui a cloué le malade sur son lit pendant deux mois.

Cette arthrite, par sa grande fixité, par son siège, par le peu d'intensité de la réaction fébrile, par l'absence de sueurs, présentait bien les caractères qu'on connaît à l'arthrite blennorrhagique. On sait d'ailleurs que celle-ci se montre parfois à la période latente de la blennorrhagie, voire qu'on a prétendu établir un rapport direct entre la cessation brusque d'un écoulement uréthral et le développement d'une arthrite blennorrhagique, quelque chose comme un déplacement de la matière peccante.

Bref, la succession à peu de distance d'un écoulement uréthral et d'une arthrite du genou, offrant les caractères que nous venons de dire, est un argument en faveur de la nature blennorrhagique de ces deux manifestations consécutives.

A quelque temps de là, le malade, à la suite de fatigues, est pris d'une fièvre intense et de douleurs dans les reins qui l'obligent à s'aliter de nouveau pendant deux mois. Au sortir de cette phase fébrile, dont nous chercherons plus loin l'explication, sont survenues des arthrites multiples qui ont évolué très lentement les unes avec, les autres sans gonflement, sans rougeur de la peau ; les symptômes, pour ces dernières, se réduisaient à la douleur et à l'impotence fonctionnelle. On a noté cette association de deux modalités cliniques pour l'arthrite blennorrhagique; Jaccoud en a fait un caractère de cette dernière dans une de ses cliniques.

Puis les muscles se sont mis à maigrir au voisinage des jointures malades. Cette atrophie musculaire a gagné en extension, elle a manifesté une tendance à se généraliser. Mais elle n'a cessé de présenter les caractères d'une atrophie d'origine périphérique, d'une myopathie primitive.

Pourquoi cette réaction fébrile à la troisième phase de l'évolution morbide parcourue par notre malade ? Les douleurs pourraient à la rigueur être rapportées au développement d'une arthrite sacro-iliaque dont nous avons pu constater les traces plus tard ; mais on ne s'expliquerait point par là l'inten-

---

Inutile d'ajouter que la croyance à l'efficacité des presses oculistiques n'est partagée que par les malades qui les emploient, sauf peut-être dans les plaies de la cornée, où M. Auzilhon n'est pas éloigné de croire qu'elles guérissent « aussi bien, si ce n'est mieux, que l'application de collyres irritants... » L'auteur nous donne le dessin de plusieurs de ces pierres. Deux représentent des personnages dont il est difficile de préciser la qualité. Une autre en spirale ressemble beaucoup à une pierre semblable et à une coquille de même forme employées en Orient et en Italie, contre certaines maladies et le mauvais œil.

III. — M. le professeur Tillaux, sympathique à tous, a inauguré son cours de clinique chirurgicale, par une leçon très bien faite dans laquelle il a jeté un coup d'œil sur l'histoire de cette clinique. Un détail de sa leçon nous a intéressé tout particulièrement : il s'agit du cœur de Louis XVII. L'on sait que Philippe-Joseph Pelletan, le grand chirurgien, émule et successeur de Desault, avait été chargé de faire l'autopsie du pauvre enfant mort au Temple et qu'il avait conservé le cœur du dauphin. Pendant la Restauration, Pelletan fit toutes les démarches nécessaires pour rendre à la famille royale le viscère conservé, mais d'une part il n'était pas bien en cour, de l'autre il fallait démontrer l'authenticité de l'organe et Pelletan mourut en 1829, laissant à son fils, professeur comme lui, le soin de continuer les démarches. M. le professeur Tillaux demande avec notre confrère Corlieu, ce que le cœur de Louis XVII est devenu, je puis le leur dire.

En juillet 1830, il se trouvait sur le bureau de l'archevêque de Paris, de Quelen, et, l'archevêché ayant été pillé, la nouvelle en parvint à P. Pelletan qui, pendant la bataille même, se rendit à l'archevêché occupé par la Garde Nationale. Pelletan se fit connaître de l'officier commandant et, accompagné par lui, se rendit de suite dans le cabinet de l'archevêque où, au milieu des papiers et objets divers qui jonchaient la pièce, il put retrouver la boîte intacte qui contenait le précieux viscère ; il le remporta chez lui, n'ayant pas le temps de chercher en même temps, le volumineux dossier qui jadis avait accompagné la boîte. Pelletan, pour obéir à la volonté de son père, une fois les événements politiques accomplis, se mit en devoir de reconstituer le dossier perdu, et au bout d'un certain temps, il entama avec le représentant du comte de Chambord, des négociations analogues à celles commencées avec Louis XVIII et Charles X, mais il mourut en 1845.

sité de la fièvre; celle-ci ne traduisait-elle point une de ces infections mixtes qu'on a invoquées pour rendre compte des principales déterminations de la blennorrhagie, autres que l'urthrite? Voilà qui demande quelques explications.

Que la blennorhagie soit une maladie infectieuse, cela ne saurait plus faire l'objet d'un doute. Il paraît démontré aussi que le porteur de l'infection est représenté par le microbe que Neisser a décrit sous le nom de *gonococcus*. Non seulement ce gonococcus ne manque jamais dans le pus de l'uréthrite blennorrhagique, mais sa présence a été constatée au sein d'autres foyers morbides qui pouvaient être considérés comme des foyers métastatiques de l'infection uréthrale; ainsi par Petrone: Sulla natura parasitaria dell' artrite blennorrhagica (*Revista clinica di Bologna*, 1883); par Kammerer: Uber gonorhoische Gelenkentzündung (*Centralbl. f. chirurgie*, 1881); par Bergmann: Gonitis gonorrhoica mit Kokken (*Saint Petersburger med. Wochenschrift*, 1885, n° 35) dans le liquide retiré d'un foyer d'arthrite blennorrhagique; par Schedler (*Zur Casuistik der Hersaffectionen nach Tripper*, Berlin, 1880), dans les végétations endocardiques et emboliques, chez un malade dont l'endocarde s'était pris dans le cours d'une blennorrhagie et sous son influence; par Bockhardt dans des foyers purulents métastatiques des reins; par Bloxham (*Medical Press and circular*, 15 mai 1889) dans un abcès périnéphrétique.

Ces faits justifient la définition que M. Jaccoud, dans la leçon clinique à laquelle je faisais allusion plus haut, a donnée de la blennorrhagie, qu'il a appelée: une maladie infectieuse locale, capable de généralisation. Seulement on s'est demandé si cette généralisation s'effectue exclusivement par l'intermédiaire du gonococus. Pour quelques auteurs, les accidents dits métastatiques, en rapport avec la blennorrhagie, seraient le plus souvent la conséquence d'une infection mixte. Ainsi Bockhardt (*Therapeutische Monaschefte für prakt. Dermatologie*, 1887, n° 19), ayant fait l'examen bactérioscopique du pus d'un abcès péri-uréthral survenu dans le cours d'une blennorrhagie, ne trouva pas de *gonococcus*, mais seulement des *staphylococcus pyogenes aureus*. Ce fait l'a déterminé à se rallier à l'opinion de Gerhardt (*Deutsche Med. Wochenschrift*, 1886, n° 33 p. 567) et de Loeb (*Deutsch. Arch. für Klin. med.*, T. 33, fasc. 1 et 2, p. 156) suivant laquelle la blennorrhagie ne fait parfois que frayer la voie à une autre infection.

Gerhain (*Verhandlungen des phys. medic. Gesellschaft.* Zue Wursburg, t. XXI) est allé plus loin; il a soutenu que la blennorrhagie n'est jamais qu'une affection locale, n'intéressant que les organes pourvus d'un épithélium cylindrique, et que toujours les inflammations réputées métastatiques, qui surviennent dans le cours de la blennorrhagie, et qui n'ont pas pour substratum un tissu tapissé par un épithélium cylindrique, sont la conséquence d'une infection mixte; M. Gerhain a relaté 2 cas de suppuration consécutive à une bartholinite gonorrhéique.

La poussée fébrile présentée par notre malade entre les deux attaques d'arthrite était-elle en rapport avec une de ces infections mixtes? Nous posons la question sans pouvoir la résoudre. Dans l'affirmation, on devrait, par voie de conséquence, se demander si les arthrites multiples à caractères polymorphes, présentés ensuite par le malade, n'étaient pas des déterminations de cette infection secondaire?

Reste à discuter les rapports de ces arthrites avec l'atrophie musculaire généralisée, qui est survenue à la dernière phase de la maladie. Cette atrophie a eu son point de départ au voisinage des jointures malades. Or, on sait que les arthropathies de toute nature, pour peu qu'elles durent, ont pour conséquence l'atrophie du tissu musculaire avoisinant.

M. Charcot, dans ses Leçons du mardi, a insisté sur la tendance de ces atrophies musculaires consécutives aux arthropathies à s'étendre, à envahir tout un membre et davantage. Il a montré que la doctrine de l'atrophie musculaire par propagation d'une inflammation de voisinage, ne saurait convenir à ces cas, qu'il faut faire intervenir une influence dystrophique exercée sur les centres trophiques par les arthropathies, et qui se réfléchit ensuite sur les muscles. Avec cette théorie, à laquelle nous avons prêté l'appui de l'expérimentation physiologique (*Revue de médecine* 1890), nous pouvons expliquer le développement de l'atrophie musculaire et sa propagation à une grande partie des muscles du squelette, chez un sujet dont une dizaine de jointures, sans compter les articulations vertébrales, avaient été le siège d'arthrites blennorrhagiques.

Cette dernière circonstance, envahissement des articulations des vertèbres, autoriserait à première vue, à soupçonner que l'atrophie musculaire ne fût la conséquence d'une compression exercée sur les racines antérieures par les lames vertébrales. Vulpian (*Maladies du système nerveux*, 1879, p. 123) a publié un exemple de rhumatisme blennorrhagique compliqué de manifestations douloureuses, que notre regretté maître attribua à une irritation des racines nerveuses, en rapport avec des arthrites vertébrales. Mais chez notre malade il n'existait aucun phénomène qui pût faire croire à une compression de semblable origine. Nous avons d'ailleurs insisté sur ce fait que l'atrophie musculaire, chez notre malade, présentait les caractères d'une myopathie primitive. Pour cette raison, on ne saurait donc davantage la rapprocher des accidents spéciaux symptomatiques de l'infection blennorrhagique, sur lesquels MM. Hayem et Parmentier ont attiré l'attention (*Revue de médecine*, 1888).

En admettant qu'une partie des accidents présentés par notre malade aient été la conséquence d'une infection mixte, une hypothèse permise, à la rigueur, serait de voir dans l'atrophie musculaire l'expression d'une intoxication microbienne, de l'infection secondaire, à laquelle l'infection blennorrhagique aurait ouvert la porte, l'agent toxique ayant exercé son action délétère directement sur les muscles.

En résumé, notre malade réalise un exemple, le premier connu, autant que nous sachions, d'une atrophie musculaire généralisée, survenue en très peu de temps, à la suite d'arthrites blennorrhagiques multiples et ayant présenté les caractères d'une myopathie primitive. Pour le moment, nous en sommes réduits à des hypothèses pour expliquer l'enchaînement des accidents morbides. Mais le fait subsiste, avec l'intérêt exceptionnel qu'il présente.

Enfin, son frère Gabriel Pelletan, que nous avons tous connu, est mort en 1879, laissant à ses héritiers, avec une belle fortune, le soin de poursuivre les négociations entamées, soin qui était une sorte de condition du legs. J'ai eu l'occasion, à cette époque, de voir le notaire chargé de régler cette succession; devenu notaire honoraire depuis peu, il s'était chargé comme l'un des exécuteurs testamentaires, de continuer la restitution du dossier réclamé par la famille du comte de Chambord et il a copié, à l'Académie, les divers documents du temps que je lui ai mis sous les yeux; il paraissait satisfait de ses recherches, mais la mort du comte de Chambord est survenue sur ces entrefaites. Le cœur de l'infortuné Louis XVII est peut-être encore relégué dans quelque vieux carton d'étude de notaire!

Dr A. DUREAU.

PATHOLOGIE MENTALE

TROUBLES DES FONCTIONS VÉGÉTATIVES CHEZ LES ALIÉNÉS (1).

Par le Dr EMMANUEL RÉGIS

(Suite et fin) (1).

E. — *Température.*

La folie est presque toujours une maladie apyrétique qui, dans beaucoup de cas, n'altère pas l'équilibre entre les sources de la chaleur animale et ne s'accompagne pas, sauf dans des phases et des formes déterminées, d'une réaction de l'organisme. C'est pourquoi les recherches thermométriques restent chez elle d'une application limitée.

La température générale peut être augmentée dans les cas aigus de folie, mais seulement dans les types congestifs (manie épilepsie, paralysie générale). La température diminue au contraire dans les formes dépressives et apathiques, dans les états de marasme et de mélancolie. On peut observer des élévations extraordinaires de température dans certains stades de la paralysie générale. On peut même y rencontrer une distribution irrégulière de chaleur dans les parties périphériques (asphyxies locales), mais il s'agit là plutôt de troubles vaso-moteurs.

La température cranio-cérébrale a été trouvée augmentée dans les formes exaltées et abaissée dans les formes dépressives. On aurait même constaté des différences notables entre les deux moitiés de la tête et jusque sur les divers lobes du cerveau. Mais il y a lieu de ne pas accepter ces résultats sans réserve.

F. — *Fonctions trophiques et vaso-motrices.*

Les troubles de ces fonctions sont très importants en psychiatrie. Nous signalerons, parmi les troubles trophiques :

1° Les altérations du système cutané, soit dans la distribution du pigment, ou les pigmentations anormales, soit dans la nutrition des diverses couches tégumentaires.

Quelquefois, on observe de vraies dermatoses, telles que l'eczéma, le zona, l'herpès, l'ichthyose, la pythiriase, le myxœdème endémique; d'autres fois, la peau offre les symptômes d'une intoxication, par exemple dans l'alcoolisme et dans la pellagre.

2° La cicatrisation difficile des plaies, les eschares et les plaies du décubitus, le mal perforant, la chute spontanée des ongles et des dents, l'othématome, lésions dues, pour la plupart, à des névrites périphériques.

3° La fragilité des os; les arthropathies trophiques, surtout dans les articulations chondro-sternales.

4° L'atrophie et la dégénération musculaires, qui atteignent un degré élevé dans les formes paralytiques de la folie, le marasme et la démence, la cachexie mélancolique.

5° La kératite neuro-trophique, la diminution de la sécrétion lacrymale, enfin la dégénérescence graisseuse des divers organes.

Parmi les troubles vaso-moteurs on constate chez les aliénés :

Des paralysies vaso-motrices des extrémités ou de certaines parties des téguments, amenant la cyanose, l'œdème (formes stupides et apathiques de la mélancolie, de la folie à double forme (Ritti) et de la démence); des asphyxies dites locales, par contraction spastique des capillaires; des irrégularités dans la distribution sanguine; des sensations subjectives de chaleur, de froid, de fourmillement, de frisson; des phénomènes angio-paralytiques et angio-cinétiques bien localisés et pour ainsi dire alternant (formes cycliques et périodiques, mélancolies avec raptus). On peut observer aussi, sous l'influence de légères excitations mécaniques ou électriques, des rougeurs partielles persistantes, quelquefois même le phénomène désigné sous le nom d'alphabet vaso-moteur.

Signalons enfin l'angoisse précordiale, si importante chez certains aliénés (mélancoliques, épileptiques, hypocondriaques, hystériques, alcooliques, neurasthéniques), qui se traduit chez eux par des sensations de constriction pénible et donne naissance aux conceptions délirantes les plus variées. Elle manque rarement dans le stade mélancolique initial de la folie.

G. — *Appendice*

ACTION DES TROUBLES DES FONCTIONS VÉGÉTATIVES SUR LA FOLIE SYMPATHIE. — THÉORIES DE BOUCHARD.

On voit, d'après l'énumération d'ailleurs incomplète que nous venons de faire, que la folie est fréquemment liée à des troubles d'ordre physique et qu'aucune des fonctions du corps n'échappe à ces altérations. C'est pourquoi, de tout temps, on a eu tendance à considérer certains désordres de l'esprit comme la conséquence prochaine ou lointaine d'une modification pathologique des viscères ou des humeurs. De là les noms de mélancolie, d'hypocondrie, de phrénites, donnés dès l'origine aux diverses formes de folies connues. La mélancolie, pour sa part, a toujours été spécialement rattachée à une altération organique ou fonctionnelle des organes de l'abdomen, et Cælius Aurelianus disait déjà du temps de Rome : « In melancholicis stomachus, in furiosis viro caput afficitur. »

Quant aux théories qui se sont succédé pour expliquer cette influence des viscères malades sur le cerveau, elles ont été ce que les ont faites successivement les époques et les milieux. L'une d'elles, la plus ancienne peut-être, puisqu'elle date d'Hippocrate et de Galien, est la théorie de la *sympathie* qui a survécu, sauf des variations de détail, jusqu'à l'heure actuelle.

Il se pourrait cependant que nous touchions sur ce point à une phase critique et que l'antique conception de la sympathie morbide fît bientôt place à une conception nouvelle, plus en rapport avec les idées scientifiques modernes, celle de l'*auto-intoxication*.

Tout le monde connaît les admirables travaux de Bouchard sur les troubles provoqués dans l'organisme par la formation exagérée ou la rétention morbide des poisons normaux, en particulier pour ceux qui proviennent du tube digestif et de l'urine. Or, étant donnés les symptômes gastro-intestinaux qui accompagnent la plupart des formes aiguës de la folie, surtout la mélancolie, étant donnés les bons effets que l'on obtient maintenant du lavage de l'estomac, non seulement contre la sitiophobie lypémaniaque, mais encore contre la lypémanie elle-même, il était logique de penser que, dans bien des cas, la folie devait être la conséquence d'une auto-intoxication.

Déjà quelques travaux sont venus confirmer ces vues pathologiques. Je citerai notamment la communication de Bettencourt-Rodrigues au Congrès international de médecine mentale (1889) sur « l'influence des phénomènes d'auto-intoxication et de la dilatation de l'estomac dans les formes dépressives et mélancoliques »; la thèse de Chardon, inspirée par M. le professeur Lemoine, sur « l'influence des maladies infectieuses, sur le développement des maladies mentales (Lille 1889-1890) » et celle de Feyat, sur « la constipation chez les aliénés (Lyon 1889-1890) ». Je mentionnerai enfin la conférence d'ouverture de mon cours libre à la faculté de Bordeaux (1889-1890) : « la folie et les auto-intoxications »; mais surtout l'excellente thèse d'un de mes élèves, le Dr Chevalier-Lavaure qui, analysant le pouvoir toxique de l'urine des aliénés dans

(1) Voir les numéros 51 et 52 de 1890.

les formes aiguës, d'après les procédés de Bouchard, est arrivé à démontrer que dans ces états, notamment dans la manie, l'urine perdait une grande partie de sa toxicité, sans doute, par suite d'une rétention morbide des poisons normaux. Tandis, en effet, qu'il faut en moyenne 25 cc. d'urine normale de jour et 35 cc. d'urine normale de nuit pour tuer 1 kilog. d'animal, il a fallu chez les maniaques, 60 cc. d'urine de jour et 69 cc. d'urine de nuit en moyenne, pour obtenir le même résultat. Dans un cas même, l'urine de jour a été impuissante à tuer le lapin en expérience. (Des auto-intoxications dans les maladies mentales. Bordeaux, juillet 90). Ces résultats sont à rapprocher de ceux obtenus par M. Féré, sur l'urine des épileptiques, reconnue plus toxique avant qu'après l'accès convulsif.

On ne s'est guère occupé jusqu'ici, chez les aliénés, que des seules auto-intoxications, et en particulier de celles qui ont pour point de départ l'appareil digestif ou ses annexes. Mais les théories de Bouchard sur les maladies générales par ralentissement de la nutrition me paraissent également applicables à la pathogénie de certains états de folie dits diathésiques, notamment à ceux qu'engendre parfois l'arthritisme. C'est l'avis du professeur Pierret (Congrès international 1889) et de M. Charpentier, qui, à côté des paralysies générales par congestion, admet un autre groupe de paralysies générales par intoxication, où il range celles dues à la goutte, au diabète, à l'arthritisme, à la suralimentation. (*Annales méd. psychol.*, octobre 1890.) Pour ma part, j'ai observé un cas bien net de folie arthritique héréditaire avec rétention urique, anidrose et troubles nombreux de fonctions trophiques, dans lequel le délire, incontestablement dû aux effets de la nutrition retardante, a constamment suivi les oscillations de l'intoxication diathésique.

On voit quel horizon ouvrent pour l'avenir, en psychiatrie, les théories et les méthodes de l'heure présente. Assurément, il faut s'y attendre, les limites permises de déductions seront vite dépassées, comme cela a toujours lieu en pareil cas, et quelques esprits aventureux en arriveront sans doute à faire de toute folie le résultat d'un empoisonnement de l'organisme, d'une intoxication. Mais certaines données positives resteront et les découvertes de la chimie biologique, plus féconde en cela que l'histologie, amèneront nécessairement quelques progrès dans le traitement des maladies mentales. Déjà, nous l'avons vu, l'analyse expérimentale du suc gastrique a permis à Van Noorden et Pachoud, de découvrir l'hyperchlorhydrie stomacale des mélancoliques et, par suite, de préconiser chez ces malades, l'usage des alcalins; une analyse encore plus minutieuse de ce liquide d'après les procédés récents (voyez Gaston Lyon : *L'analyse du suc gastrique, sa technique, ses applications cliniques et thérapeutiques*, Th. de Paris 1890), permettra sans nul doute d'instituer un traitement rationnel des dyspepsies lypémaniaques, on pourrait dire des lypémanies dyspeptiques, et surtout de transformer le lavage actuel de l'estomac en méthode therapeutique raisonnée, scientifiquement basée sur l'état du suc gastrique et des organes de la digestion (1). Il en sera de même de l'étude approfondie du sang, de l'urine, et, à des degrés divers, des autres produits d'excrétion, tels que la sueur, la salive, et la matière sébacée.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

CANCER DE L'ESTOMAC SANS DYSPEPSIE.

Une des modalités cliniques les plus intéressantes du cancer de l'estomac est celle qui est constituée par l'absence de la plupart des signes fonctionnels qui caractérisent ordinairement cette grave lésion, et en même temps par l'existence d'une tumeur épigastrique plus ou moins reconnaissable aux moyens habituels d'exploration. Cette modalité se rencontre rarement, eu égard à la fréquence d'une maladie que chaque médecin d'hôpital a chance d'observer plusieurs fois pendant l'année. M. A. Siredey en a rapporté dernièrement un exemple remarquable à la Société médicale des hôpitaux. Chez la malade qui en a fourni le sujet, l'affection avait évolué presque jusqu'à la fin d'une manière à peu près silencieuse, c'est-à-dire sans aucun de ces troubles digestifs qui mettent habituellement sur la voie du diagnostic réel. En particulier, il y avait eu conservation à peu près absolue de l'appétit et des digestions. Les vomissements n'apparurent que dans les derniers jours. La teinte cachectique si spéciale avait fait défaut également et, n'eût été la présence de tumeurs épigastriques, l'une stomacale et l'autre vraisemblablement épiploïque, aucun indice ne fût venu attirer l'attention de la malade et n'eût permis de soupçonner la vérité. M. A. Siredey a cherché l'explication des anomalies de ce fait clinique dans la localisation particulière de la dégénérescence cancéreuse qui, circonscrite à la région pylorique, avait respecté la région des glandes pepsinifères à l'intégrité desquelles est lié, comme on le sait, le maintien des fonctions propres de l'estomac. On pourrait, ce nous semble, approprier la même interprétation au fait que nous rapportons ci-après et qui se rapproche du fait de M. Siredey par un caractère fort important, savoir : la persistance de l'appétit et du pouvoir digestif de l'estomac jusqu'à une époque très avancée de la maladie. La différence principale entre les deux observations consiste en ce que la cachexie spéciale se développa de bonne heure et à un degré extrêmement prononcé chez notre malade; mais cette particularité ne saurait à elle seule infirmer l'analogie qui nous paraît exister entre deux faits très voisins l'un de l'autre. Aussi, croyons-nous applicables à celui que nous rapportons ici les considérations que M. A. Siredey a développées dans le but d'expliquer les contradictions cliniques que soulève l'existence de ces cancers sans dyspepsie.

Voici la relation sommaire de ce fait :

Il s'agit d'un individu, âgé de 58 ans, qui a joui d'une santé excellente et ininterrompue jusqu'au printemps dernier. A cette époque, il sentit ses forces diminuer bien qu'il n'éprouvât de douleurs en aucune région du corps et bien que l'appétit fût resté bon. En septembre, il commença à tousser : il lui arrivait de temps à autre de rejeter ses aliments pendant les quintes qui étaient fréquentes, surtout la nuit. Avec l'aggravation de sa faiblesse, il dut bientôt renoncer à ses occupations et entrer à l'hôpital le 13 octobre.

Au moment de son entrée, cet homme présente un facies profondément anémié. Son visage très bouffi présente une teinte jaune paille qui fait naître immédiatement l'idée de cancer. Les membres supérieurs, mais surtout les inférieurs,

(1) Le lavage de l'estomac, que je préconise depuis 1880, chez les mélancoliques, est une ressource d'autant plus précieuse que c'est à peu près le seul moyen de pratiquer chez ces malades l'antisepsie gastro-intestinale, en raison de leur refus habituel de nourriture et de médicaments. Malheureusement, beaucoup de substances antiseptiques, naphtol, acide salicylique, salol, etc., sont insolubles, ce qui rend difficile leur emploi en lavage. J'ai pu cependant les utiliser dans ces conditions, non en solution mais en suspension, après leur porphyrisation avec du sucre et de la gomme, et les quelques essais tentés ont été suivis de résultats excellents. Je voudrais pouvoir arriver ainsi à formuler une sorte de posologie des lavages médicamenteux de l'estomac susceptibles de servir au traitement de la lypémanie.

sont le siège d'un très léger œdème, de sorte que le malade ne paraît nullement amaigri.

Il se plaint particulièrement de sa toux qui l'empêche de dormir et à laquelle il attribue ses vomissements. Un interrogatoire plus minutieux nous apprend que des troubles gastriques légers ont fait leur apparition depuis quelque temps. Ce sont principalement des digestions difficiles, parfois suivies de vomissements alimentaires et glaireux, qui ne sont pas toujours provoqués par les quintes de toux. Les vomissements glaireux apparaissent surtout le matin, au moment du réveil. L'appétit est néanmoins très bien conservé et le malade mange volontiers de tous les aliments, même de la viande.

La palpation de la région épigastrique fait constater un peu à gauche de la ligne médiane une légère rénitence. La pression à ce niveau est légèrement douloureuse. Le foie est normal ainsi que la rate. L'auscultation des poumons révèle l'existence de râles de bronchite généralisés, sans localisation ni prédominance aux sommets. Le cœur est sain, les urines normales, sans traces d'albumine. Le diagnostic posé fut le suivant : cancer de l'estomac, siégeant vraisemblablement au niveau de la région pylorique et déterminant des troubles purement mécaniques, sans dyspepsie appréciable ou du moins prononcée.

Cette dernière circonstance nous fit rejeter comme inutile le régime lacté exclusif. D'ailleurs le malade accusait la conservation à peu près normale de l'appétit et n'exprimait aucun dégoût pour la viande. Néanmoins nous crûmes devoir prescrire le régime lacté partiel et simultanément le lavage de l'estomac. Sous l'influence de ce traitement, combiné avec les moyens dirigés contre la bronchite, les vomissements disparurent et l'état général sembla s'améliorer légèrement.

Vers le 25 octobre, la cachexie augmente et les jambes, puis les membres supérieurs, enfin la face deviennent le siège d'un œdème blanc non douloureux qui donne au malade un aspect caractéristique. En même temps les forces diminuent, l'appétit s'affaiblit et disparaît, les vomissements reparaissent, de plus en plus fréquents, mais toujours exclusivement alimentaires. La mort survient le 12 novembre après une agonie de 24 heures. A aucun moment il n'y a eu d'hématémèse ou de melœna.

Autopsie. — L'estomac est dilaté et présente, au niveau du pylore, une tumeur dure, bosselée, qui détermine un rétrécissement considérable de cet orifice. La face interne de cette tumeur est ulcérée ; à ce niveau la muqueuse stomacale a complètement disparu. Le foie est normal et n'offre aucune trace de généralisation cancéreuse. Les poumons sont congestionnés, mais indemnes de tubercules, le cœur et les reins tout à fait normaux.

P. MUSELIER.

REVUE DES JOURNAUX

BACTÉRIOLOGIE

L'IRRITABILITÉ DES LEUCOCYTES PAR DES AGENTS CHIMIQUES ; SES RAPPORTS AVEC L'INFLAMMATION ET LA SUPPURATION, PAR H. BUCHNER. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1890, n° 47, p. 1084.)

I. — Depuis les recherches de Metschnikoff et de Ribbert, la diapédèse des leucocytes n'a plus seulement l'intérêt d'un phénomène histologique très curieux ; c'est devenu aussi un phénomène d'une signification bactériologique considérable. Ces recherches ont accrédité l'opinion qu'un rôle important (phagocytose) revient aux leucocytes diapédisés, dans la lutte qu'un organisme frappé d'une infection entreprend contre les agents infectieux qui l'ont envahi, contre les micro-organismes pathogènes.

Or, à propos de la diapédèse des leucocytes, une question très importante se posait, qui était de savoir pourquoi les leucocytes sortis des vaisseaux affluent aux points menacés, envahis par les microbes malfaisants. La réponse à cette question a été faite déjà par Leber (*Fortschritte der Medicin.* 1888, p. 461) : l'attraction des leucocytes vers les points menacés est opérée par des irritations chimiques ; c'est une action « chémotactique » de certaines substances chimiques, substances fabriquées par les microorganismes pathogènes, dans les cas d'une infection bactérienne. A ce propos Leber rappelait que précédemment Pfeffer avait reconnu qu'une action semblable dirige les mouvements d'un certain nombre d'organismes inférieurs du règne végétal, doués de la faculté de la locomotion, qu'il existe aussi une « chémotaxie » négative, en vertu de laquelle ces mêmes organismes inférieurs se mettent à fuir devant les substances délétères formées dans les tissus.

Après Leber, Massart et Bordet, Gabritchewski, sous la direction de Metschnikoff, ont fait des observations qui démontrent que les leucocytes, chez les animaux supérieurs obéissent à la force attractive de certains irritants chimiques, accourent en foule vers les points où ces substances se rencontrent en quantités un peu considérables.

D'après les recherches faites jusqu'ici, ce sont les cultures bactériennes, qui exercent au plus haut degré ce pouvoir attractif (chémotaxie.) Il s'agissait dès lors de savoir à quelles substances chimiques les cultures bactériennes sont redevables de cette propriété. Dans une précédente publication (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1890, n° 30, p. 673) Buchner avait rendu compte de recherches dont les résultats tendent à établir que ce pouvoir attractif appartient non pas aux produits chimiques excrétés par les bactéries, mais au contenu albuminoïde de ces micro-organismes. Des cultures du pneumobacille de Friedlænder, mises d'abord à digérer dans une lessive faible de potasse; (0,5 0/0), et traitées ensuite par de l'acide chlorhydrique ou de l'acide acétique étendu, ont donné un précipité albuminoïde, la « protéine du pneumobacille », donée d'une action chémotactique très prononcée.

Dans ces derniers temps on a, par des procédés analogues, obtenu des protéines provenant d'autres espèces bactériennes. C'est le *bacillus pyocyaneus* qui se prête particulièrement bien à ce genre de recherches, eu égard à la quantité de protéine qu'on réussit à extraire de ses cultures : après ensemencement de ce bacille sur des tranches de pomme de terre, on racle avec soin les cultures. Le produit de raclage est trituré dans un godet, avec un peu d'eau. On ajoute à la masse environ 50 fois son volume de lessive de potasse à 0,5 0/0. Il se forme ainsi un mucus visqueux, qui se liquéfie rapidement après exposition au bain-marie. Au bout de quelques heures, la plus grande partie de la masse bactérienne est dissoute. On la soumet à des filtrages répétés, et en l'espace de vingt-quatre heures on obtient ainsi un liquide limpide verdâtre, qui, additionné d'acide acétique ou d'acide chlorhydrique étendu jusqu'à réaction acide *faible*, donne un précipité abondant de « pyoctaneus-protéine ». Ce produit est lavé sur le filtre, trituré dans un peu d'eau, le tout additionné de quelques gouttes d'une solution sodique, jusqu'à réaction alcaline faible. Cette solution (à 10 0/0 environ) a une teinte d'un brun foncé, et manifeste une tendance à se gélatinifier sous l'influence du froid. Par la nature de ses réactions chimiques, cette protéine se rapproche des caséines végétales.

Par le même procédé il a été possible d'extraire des pro-

téines provenant des cultures du *staphylococcus aureus*, du bacille de la fièvre typhoïde, du *bacillus acidi lactis*, et du bacille rouge de la pomme de terre.

Les expériences faites pour étudier l'action chémotactique de ces protéines ont été conduites de la façon suivante : les protéines dissoutes étaient introduites dans des tubes de verre fusiformes, longs de quelques millimètres. Une fois fermés à la lampe, ces tubes étaient stérilisés par un séjour prolongé dans l'eau bouillante. Puis on les introduisait sous la peau, à des lapins, en s'entourant de toutes les précautions destinées à assurer une asepsie rigoureuse. Une fois en place, on brisait leurs pointes. Le point essentiel est, cela va de soi, d'opérer d'une façon absolument aseptique, de ne point introduire de bactéries sous la peau de l'animal.

Le pus qui se forme au pourtour des petits tubes de verre doit être examiné avec soin au point de vue de la présence éventuelle de bactéries, et c'est seulement quand l'absence de bactéries a été dûment constatée que l'expérience sera utilisable pour le but poursuivi par Buchner. Les expériences qui réalisaient ce desideratum ont donné des résultats qui autorisent cette conclusion : *Toutes les protéines énumérées plus haut exercent sur les leucocytes un pouvoir attractif très prononcé.*

Une autre série de recherches a démontré qu'un certain nombre de produits qui prennent naissance dans les cultures bactériennes : le butyrate et le valérianate d'ammoniaque (1 0/0), la triméthylamine (2 0/0), l'ammoniaque (2 0/0), la leucine (1 0/0), la tyrosine (1 0/0), le chlorhydrate de glycocolle (1 0/0), l'urée (5 0/0), l'urate d'ammoniaque (1 0/0), enfin le scatol (1 0/0), ne possèdent pas d'action chémotactique très prononcée ou ne la possèdent qu'à un degré relativement faible (glycocolle, leucine). Massart et Bordet étaient déjà arrivés au même résultat, en expérimentant avec la créatine, la créatinine et l'allantoïne.

Ce pouvoir chémotactique appartient par contre aux caséines végétales telles que la gluten-caséine, la légumine, si l'on s'en rapporte aux expériences de Buchner. De même la farine de froment et la farine de pois, stérilisées puis injectées sous la peau d'un animal, excercent également une attraction très vive sur les leucocytes. Le résultat a été négatif avec la poudre d'amidon et avec le phosphate bibasique de soude.

Buchner s'est ensuite occupé de l'action des produits de transformation des tissus animaux sur les leucocytes. En fait de produits de ce genre, il a utilisé la peptone du blanc d'œuf, des albuminates alcalins préparés avec de la chair musculaire, avec le foie, les poumons et les reins de lapins, de la gélatine préparée avec des os décalcifiés. Le résultat a été négatif avec la peptone d blanc d'œuf, positif avec les autres produits, qui exercent une attraction très vive sur les leucocytes. Il en a été de même des hémialbumoses en solutions aqueuses. On peut conclure de ces résultats que le pouvoir chémotactique n'appartient pas indifféremment à tous les produits de la désassimilation des tissus, mais seulement aux *premiers termes* de l'échelle des produits d'oxydation.

Une autre série de recherches a eu pour but de démontrer que par l'injection intra-veineuse (veines de l'oreille) de produits tels que la protéine du *bacillus pyocyaneus*, doués de la propriété chémotactique, on peut développer chez les animaux une leucocytose généralisée. Ainsi l'injection quotidienne de 2 cc. d'une solution de protéine à 8 0/0 a fait monter le rapport des leucocytes aux globules rouges de 1/318 à 1/126 le second jour, à 1/102 le troisième jour, à 1/73 le quatrième jour et 1/38 le soir du même jour. Le nombre absolu des globules rouges n'a pas varié.

Buchner s'est occupé ensuite des relations du pouvoir chémotactique avec l'inflammation et la suppuration. L'action attractive qu'exercent les substances chémotactiques sur les leucocytes ne produit-elle qu'une simple leucocytose, ou provoque-t-elle du même coup l'inflammation des éléments fixes des tissus? Si oui, les deux processus, leucocytose et irritation inflammatoire des éléments fixes des tissus, sont-ils distincts l'un de l'autre ou ne font-ils qu'une seule et même chose? Les réponses à ces deux questions, affirmative pour la première, négative pour la seconde, ont été fournies par des expériences faites sur des sujets de notre espèce.

Deux confrères, MM. W. Meyer et L. Raab, se sont prêtés à ces expériences : 1 cc. d'une solution étendue de protéine du *bacillus pyocyaneus*, stérilisée avec soin, contenant environ 3 milligrammes 5 de protéine solide, ont été injectés sous la peau de l'avant-bras, avec toutes les précautions aseptiques exigibles. Les résultats ont été sensiblement les mêmes que ceux obtenus par Buchner à la suite de l'injection sous-cutanée d'une culture stérilisée et diluée du pneumobacille (1). Deux heures après l'injection, endolorissement le long des vaisseaux lymphatiques du bras, localisé surtout dans le pli du coude et dans le creux axillaire ; légère tuméfaction au pourtour de la piqûre. Pas d'élévation de la température corporelle (37°,8). Le lendemain, tuméfaction érysipélateuse et rougeur dans une étendue correspondant à deux fois la largeur de la main, tout autour de la piqûre ; douleur très vive. Le foyer inflammatoire est chaud au toucher, très proéminent ; les vaisseaux lymphatiques se dessinent sous forme de cordons rouges ; état général à peine troublé. Le troisième jour la zone érysipélateuse avait gagné en étendue ; elle occupait tout un côté de l'avant-bras, depuis le coude jusqu'au poignet. Le quatrième jour seulement le processus est entré en voie de résolution.

En somme, le résultat de l'injection s'est traduit par une inflammation qui réalisait les traits cliniques d'un érysipèle avec lymphangite. Les symptômes cardinaux de cette inflammation, rougeur, chaleur, douleur, ne se conçoivent pas sans participation des éléments fixes des tissus au processus morbide.

Dans une autre expérience, Buchner a injecté 1 cc. d'une solution à 1 0/0 de gluten-caséine, préparée avec une solution stérilisée de chlorure de sodium à 0,7 0/0. La quantité de gluten-caséine injectée était donc trois fois plus forte que la quantité de protéine injectée dans l'expérience précédente. Malgré cela les effets produits ont eu une intensité moindre ; ils présentaient cependant un caractère inflammatoire bien net.

Peut-être ces résultats trouveront-ils dans l'avenir une sanction pratique. Ils démontrent la possibilité de provoquer une inflammation circonscrite, en utilisant comme agent pyrogène une substance dépourvue de bactéries. Or depuis longtemps Büchner soutient que l'inflammation est un des moyens de défense les plus efficaces dont dispose l'organisme animal contre les végétations bactériennes.

E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME, par le professeur Carl SCHRŒDER. Traduction de LAUWERS. A Manceaux (Bruxelles), 1890.

Chez nous, on a reproché à quelques livres français d'être

(1) Voir *Gazette médicale*, 1890, n° 19, p. 224

trop allemands : on ne saurait, en Allemagne, accuser le traité de Schrœder d'être trop français ; les noms de nos auteurs et de nos chirurgiens y figurent exceptionnellement. Je sais bien que les maladies des femmes ont été plus tôt et plus complètement étudiées de l'autre côté du Rhin que dans notre pays ; mais il y a déjà plusieurs années que nous suivons en France le mouvement rapide de la chirurgie abdominale, et si nous n'avons pas été les pionniers de cette armée de gynécologues, (notre organisation hospitalière et le régime chirurgical sous lequel nous vivons ne nous l'ont pas permis) au moins suivons-nous d'assez près l'avant-garde, pour qu'on ne nous tienne pas complètement dans l'oubli. C'est le seul reproche que je puisse faire à l'excellent traité de Schrœder : à vrai dire, tous les auteurs allemands le méritent un peu. Si large que soit la part qu'ils puissent revendiquer dans les progrès accomplis, ils se la font toujours, et nous la leur faisons souvent un peu trop belle.

Schrœder commence son livre par un chapitre sur l'exploration gynécologique et sur les précautions antiseptiques qu'elle comporte ; il y note un fait important, trop souvent oublié des opérateurs : les simples irrigations du vagin sont impuissantes à assurer la désinfection complète du conduit ; celle-ci ne peut s'obtenir qu'en frottant et en lavant soigneusement les parois du canal génital et du col. Vient l'étude des maladies de l'utérus : les anomalies de développement, l'atrophie et l'hypertrophie du col y sont d'abord passées en revue. La méthode chimique est l'objet d'un chapitre important : l'auteur se dit partisan du grattage qui, dans certains cas, n'est pour lui qu'un moyen d'assurer l'action plus énergique des topiques médicamenteux ; il n'aime point les instillations intra-utérines dont le liquide peut franchir les ostia uterina et se répandre dans la cavité péritonéale où il détermine quelquefois des accidents. Schrœder ne parle pas du chlorure de zinc, la naissance de ce traitement, qui semble, au reste, avoir une vitalité précaire, est postérieure à la publication de son livre.

Le catarrhe cervical est traité dans un article important ; à son propos, l'auteur décrit la trachélorrhaphie et son ingénieux procédé d'excision de la muqueuse cervicale ; il est à regretter qu'il ne parle pas des résultats éloignés de l'amputation sous-vaginale du col à laquelle il a donné son nom : on sait qu'en France quelques chirurgiens l'ont accusée d'être suivie, dans certains cas, d'une atrésie de l'orifice cervical. La thérapeutique des déviations utérines est un peu écourtée : à vrai dire, le lecteur pourra trouver de précieuses indications au chapitre suivant qui traite du prolapsus de la matrice. Schrœder n'est pas aussi radical que quelques uns des nôtres : il pense que le pessaire exerce, après réduction de l'organe, une heureuse influence dans tous les cas où il n'y a pas d'adhérences ; il croit même, à l'encontre des chirurgiens qui ont pris part à la dernière à la discussion sur le traitement des déviations utérines au sein de la Société de chirurgie, qu'un traitement médical approprié (glycérine et teinture d'iode) peut favoriser la résorption des exsudats péritonéaux ; il conseille la grossesse, qui rompt les adhérences par un procédé physiologique supérieur à toutes les interventions chirurgicales.

En ce qui concerne le prolapsus utérin, le professeur de Berlin est partisan d'une intervention chirurgicale complexe ; il ampute le col, qui est ordinairement hypertrophié, il rétrécit la paroi vaginale par une double colporrhaphie antérieure et postérieure, et refait un plancher pelvien par la périnéorrhaphie. Schrœder écrit sur les myomes utérins un long et important chapitre : il n'est partisan de l'extraction des fibrômes par la voie vaginale que dans les cas où ils ne sont pas en continuité directe avec le tissu utérin, et où ils sont encapsulés dans une loge de tissu conjonctif lâche dont on peut aisément les séparer. Les indications de la myotomie par la section abdominale sont vraiment écrites de main de maître : l'auteur, après avoir indiqué quelle conduite on doit tenir dans les cas de fibrôme pédiculé, de fibrôme implanté sur le corps de l'utérus, de fibrôme ayant envahi les annexes et enfin de fibrôme inclus dans le ligament large, compare le traitement intra et extra péritonéal du pédicule ; il se montre hardiment partisan de cette dernière méthode, qu'il croit être celle de l'avenir, et dont il compare l'histoire à celle du pédicule des kystes ovariques.

La thérapeutique du cancer du col utérin est longuement étudiée. Lorsque la portion vaginale est seule envahie par le néoplasme, le chirurgien allemand conseille l'amputation sous-vaginale, ce procédé est, on le sait, très discuté. Bien des gynécologues, appliquant au cancer du col utérin ; la loi qui régit la cure radicale de tous les cancers, conseillent, dès le début, d'enlever largement tout le mal, et, pour en dépasser sûrement les limites, de pratiquer l'hysterectomie totale. Mais, au dire de Schrœder, le cancroïde du col n'envahit le parenchyme utérin qu'après s'être infiltré dans le tissu conjonctif du petit bassin, de sorte que l'opération de Récamier, dirigée contre lui, est inutile ou insuffisante. L'épithélioma de la muqueuse cervicale évolue tout autrement ; il attaque rapidement la cavité utérine, et, dès son apparition, commande, par conséquent, l'extirpation totale. Aux salpingites n'est réservé qu'un chapitre un peu court : Schrœder conseille la salpingotomie pour l'hydrosalpinx et le pyosalpinx.

Après avoir longuement étudié l'anatomie pathologique, les symptômes et le diagnostic des kystes de l'ovaire, Schrœder décrit la technique opératoire de l'ovariotomie. Puis il étudie comment cette opération, si simple, peut devenir « très compliquée et très difficile » et comment alors son pronostic se modifie au point d'assombrir, par une série malheureuse, les plus belles statistiques.

Les phlegmasie péri-utérines sont divisées en para et périmétrites ; chacune d'elles peut être simple ou infectieuse. Il y aurait là, je crois, matière à discussion : l'on n'admet plus guère aujourd'hui ces pelvi-péritonites non infectieuses, dues au coït, à la menstruation, à l'onanisme, aux déviations de l'uterus non malade. Peut-être aussi la division de Schrœder en péri et paramétrite a-t-elle un peu vieilli. Au reste il m'a semblé que la thérapeutique des suppurations pelviennes n'occupait point dans le livre du savant gynécologiste la place importante qu'elle mérite.

Après un chapitre sur l'hématocèle péri-utérine, très heureusement divisée en intra et extra péritonéale, Schrœder traite des affections de la vulve et du vagin. Entre autres bonnes descriptions, je note une excellente étude des fistules vésico-vaginales et de leur traitement.

Toute la partie théorique du livre de Schrœder est très bonne, l'auteur y a condensé son expérience de clinicien. Les descriptions en sont claires, nettes, concises, ce qui n'est point ordinairement la qualité dominante des livres allemands. Celui-ci a vraiment une tournure tout à fait française, il est bien divisé, de lecture facile. Toute la partie pratique est simple, dépourvue de détails inutiles. Schrœder n'a pas cru devoir imiter ceux de ses compatriotes qui, dans leurs livres, se perdent dans la description des innombrables modifications que chaque gynécologue a fait subir aux opérations pour en constituer autant de procédés ; il indique surtout sa méthode, parle peu de celles des autres, et évite ainsi ces incompréhensibles

descriptions qui remplissent la plupart des ouvrages allemands. Le docteur Lauwers, de Courtrai, a très heureusement traduit le traité de Schrœder, que tout chirurgien doit avoir en sa bibliothèque.

Dr Pierre Sebileau.

BULLETIN

PROJETS DE RÉFORMES DANS L'ENSEIGNEMENT MÉDICAL (1).

Pour apporter un peu d'ordre ou de méthode dans l'examen de ces réformes, nous les rangerons sous quatre chefs principaux, suivant le but qu'elles visent. Elles doivent, en effet, pour être véritablement fécondes :

1° Assurer aux élèves l'instruction théorique et pratique la plus large possible;

2° Encourager, favoriser à tons les degrés de la hiérarchie, pour ceux qui suivent la carrière des concours, l'esprit d'initiative et les recherches originales;

3° Utiliser pour l'enseignement tontes les formes vives dont on peut disposer dans les Facultés, les Ecoles, les hôpitaux;

4° Tenir constamment en éveil l'émulation et assurer l'indépendance du corps enseignant.

1° En ce qui concerne le premier point, c'est-à-dire l'instruction théorique et pratique des élèves, il faut reconnaître que, depuis 20 ans, on a fait des progrès considérables. L'institution des cours complémentaires confiés aux agrégés, la réorganisation de l'Ecole pratique, la création de nombreux laboratoires sont autant d'améliorations qui ont déjà produit les meilleurs résultats. Malheureusement l'enseignement clinique, le plus utile de tous, celui qui forme véritablement les praticiens, semble être resté en dehors du mouvement; on peut dire qu'il est demeuré stationnaire et, si le bon vouloir d'un certain nombre de médecins des hôpitaux ne venait combler les nombreuses lacunes qu'il présente, il serait manifestement insuffisant. C'est le concours des chefs de service dans les hôpitaux que M. Huchard voudrait assurer, étendre, organiser sur des bases régulières, et tout le monde pensera avec lui qu'il y a là, pour l'enseignement clinique, des ressources précieuses dont on ne saurait se priver plus longtemps.

Mais il ne faut pas oublier que les médecins des hôpitaux, en raison même de leur titre qui les recommande à la confiance des malades, ont en général une clientèle nombreuse, et, si on ne les rétribue pas ou qu'on les rétribue mal, il est difficile de leur demander un sacrifice considérable de leur temps. De là l'utilité, la nécessité même de la création, que nous demandons avec MM. Huchard et Cornil, de chefs de clinique, assistants, prosecteurs et directeurs de laboratoires qui, sous la direction des chefs de service, donneraient largement aux élèves, aux débutants comme aux plus avancés, les démonstrations cliniques et pratiques indispensables à leur instruction.

M. Huchard, se préoccupant, non sans raison, de la question budgétaire, qui est trop sonvent la pierre d'achoppement de toute réforme utile, propose de supprimer le concours de l'externat et de consacrer à l'institution des assistants les 200.000 fr. ainsi économisés. Si, outre cette mesure, on en inaugurait une autre, sur laquelle nous reviendrons plus loin, à savoir la rétribution scolaire des élèves, la réforme dont il s'agit pourrait s'effectuer sans grever d'un centime le budget de l'Asssistance publique. Mais, pour cela, il faudrait que l'esprit de routine fût moins ancré chez nous et que l'administration voulût bien prêter l'oreille aux avis des hommes d'étude; c'est là une autre pierre d'achoppement non moins redontable que la question budgétaire. Espérons cependant qu'elle finira par être ébranlée.

La question de savoir si les assistants seront nommés au concours ou choisis par les chefs de service, comme dans la plupart des universités étrangères, a une certaine importance. M. Huchard, faisant remarquer que le concours actuel du clinicat est illusoire, puisque les chefs de clinique sont choisis d'avance par les professeurs auxquels ils doivent être adjoints, est d'avis de laisser à chaque chef de service, comme à l'étranger, le choix de son assistant. On a vu que la Société médicale des hôpitaux a adopté le concours pour les deux places d'assistant qu'elle propose de créer à l'hôpital Saint-Louis. Dans notre travail de 1870, nous préoccupant avant tout d'assurer l'instruction clinique de *tous* les élèves, nous avions proposé de rendre l'internat obligatoire pour tous, bien entendu après examen probatoire, et de remplacer l'internat actuel par l'institution de chefs de clinique ou assistants. Dans ces conditions, le concours s'imposait pour ces derniers. Si l'internat actuel est maintenu, et nous n'ignorons pas que c'est, parmi nos institutions médicales, une arche sainte à laquelle il est difficile de toucher, nous nous rangerions volontiers à l'avis de M. Huchard. L'assistant étant le collaborateur en quelque sorte intime du chef de service, il paraît assez naturel que celui-ci ait la faculté de le choisir.

2° Cette disposition nous paraît absolument d'accord avec ce que nous avons à dire au sujet du second point que nous avons à examiner. M. Huchard, après bien d'autres, a fait vivement ressortir les inconvénients des concours, tels qu'ils sont organisés. Les futurs assistants, au lieu de suivre le régime d'entraînement qui s'impose actuellement à tous ceux qui ont un concours en perspective, pourront se livrer à des études de leur goût, pour lesquelles ils auront une aptitude plus spéciale, et produiront ainsi des travaux originaux qui les désigneront au choix des chefs de service. Une fois entré dans cette voie, le jeune homme, cédant à son initiative propre, conseillé d'ailleurs et dirigé par son chef, pourra entreprendre des recherches vraiment originales. Mais il faut alors que plus tard, s'il veut concourir, ces recherches, loin de lui nuire, comme c'est de nos jours le cas habituel, contribuent au contraire puissamment à son succès. Sous ce rapport, les conditions actuelles de tous les concours de médecine sont à modifier, et une part prépondérante doit être faite aux travaux originaux antérieurs, aux titres scientifiques des candidats. Nous nous bornons à poser le principe : il nous paraît inutile d'entrer dans le détail de chaque concours.

3° Nous avons peu de chose à ajouter à ce qui précède pour ce qui a trait au troisième point. L'appel fait à tous les médecins des hôpitaux pour contribuer à l'enseignement clinique, l'institution des assistants et des chefs de laboratoire permettront d'utiliser, dans la plus large mesure possible, les ressources de l'assistance hospitalière. Nous ne saurions ici passer sous silence les services considérables que la policlinique ou assistance à domicile peut rendre aussi à l'enseignement. Nous assistons au début d'un mouvement qui tend à s'accentuer, à se propager : la création de policliniques, sur le modèle de celles qui existent à l'étranger, et dont plusieurs sont florissantes, policliniques dans lesquelles un groupe de médecins instruits initie les élèves, dans les différentes branches de la science ou de l'art, aux difficultés de la pratique. De pareils efforts, quand ils ont pour mobile et pour base l'amour

(1) Voir les nos 50 et 52 (13 et 27 décembre 1890).

de la science et le respect de la dignité professionnelle, ne doivent rencontrer qu'approbation et encouragements.

Si maintenant nous passons dans les Facultés et les Ecoles, il n'y a, pour utiliser les forces vives dont on y dispose, qu'à associer à l'enseignement, non plus nominalement, mais d'une manière effective, tous ceux qui, à un titre quelconque, appartiennent à la Faculté ou à l'Ecole, et à provoquer ainsi une sorte de concurrence, une émulation féconde. A ce point de vue, il y aurait lieu aussi de faire une part plus large, en lui offrant une hospitalité plus généreuse et même en l'encourageant, à l'enseignement libre, qu'on peut considérer comme mort-né dans les Facultés de province, et qui s'éteint peu à peu à la Faculté de médecine de Paris. Mais ici encore, outre la force d'inertie de la routine qui s'oppose à toute modification, des difficultés budgétaires peuvent se présenter : comment les résoudre ? Ceci nous conduit au quatrième et dernier point.

4° On voit, par ce qui précède, que, pour donner un nouvel essor à l'enseignement médical, il faut faire appel au concours de tous : chefs de service, assistants, chefs de laboratoire dans les hôpitaux, professeurs, agrégés, prosecteurs, directeurs de laboratoire, professeurs adjoints, suppléants, etc., dans les Facultés et les Ecoles officielles, professeurs de l'enseignement libre. Mais, pour que la concurrence et l'émulation qu'on suscitera ainsi de toutes parts produisent tous les résultats qu'il est permis d'en attendre, il faut avant tout assurer l'indépendance des membres du corps enseignant et les mettre en mesure de recueillir les fruits de leurs efforts. A cet effet, deux dispositions, sur lesquelles nous avons insisté, il y a vingt ans, et que nous voyons avec plaisir figurer dans le programme de M. Huchard, s'imposent : 1° séparation absolue du corps enseignant et du corps examinant ; 2° rétribution directe à chaque professeur par les élèves qui suivent son cours.

Nous avons développé ailleurs (1) les raisons qui militent en faveur de cette double réforme ; nous ne croyons pas nécessaire d'y revenir. Nous ferons simplement observer que si, à première vue, elle semble heurter notre organisation actuelle, elle tend à s'y introduire, pour ainsi dire à la sourdine, et par la force même des choses.

On sait que, depuis plusieurs années à Paris, les professeurs et les agrégés en exercice ne suffisant plus au nombre croissant des examens, on leur a adjoint des agrégés libres qui ont fait, mais ne font plus en réalité partie du corps enseignant. Eh bien, qu'on étende la mesure en demandant le concours d'un plus grand nombre d'agrégés libres, de médecins et chirurgiens des hôpitaux, de membres de l'Académie de médecine, etc., et l'on organisera un corps examinant qui offrira toutes les garanties voulues de savoir, d'impartialité, et dont l'entrée en fonctions permettra désormais aux membres du corps enseignant officiel de se consacrer tout entiers à leur enseignement.

En ce qui concerne la rétribution scolaire des élèves, nous avons vu qu'elle a été inaugurée par M. Cornil dans son laboratoire d'anatomie pathologique, et que cet exemple a été bientôt suivi à l'Institut Pasteur. Le premier pas est fait ; on n'a qu'à s'applaudir des résultats : pourquoi s'arrêterait-on en si bon chemin?

Ce commencement de réalisation des deux réformes, inconsciente d'une part, fort restreinte de l'autre, montre qu'on n'en est pas déjà si loin et permet d'espérer que, dans un avenir plus ou moins prochain, elles s'imposeront à l'opinion publique et à l'administration.

Quoi qu'il en soit, il est du devoir de ceux qui s'intéressent à l'avenir de notre enseignement médical, de signaler sans relâche les améliorations à introduire dans l'organisation qui nous régit. Nous n'avons jamais failli à ce devoir ; aussi nous associons-nous aux nouveaux efforts que notre excellent confrère M. Huchard vient de tenter.

D. F. DE RANSE.

(1) Dr F. de Ranse. *Des réformes à introduire dans l'organisation de l'enseignement médical.* Paris, 1870.

NOUVELLES

Nécrologie. — Samedi dernier ont eu lieu les obsèques de M. le Dr Lucien Boyer, ancien médecin du Sénat. Pendant le siège de Paris, notre regretté confrère avait conservé un service à l'ambulance militaire du Luxembourg, qui était une succursale du Val-de-Grâce. Nous l'avons connu là, pendant les mauvais jours, et avons pu apprécier l'aménité et la dignité de son caractère. Depuis lors, il a vécu dans la retraite. Il vient de succomber à l'âge de 87 ans.

Faculté de médecine de Paris.

Le registre d'inscriptions sera ouvert le mercredi 7 janvier 1891, il sera clos le samedi 24 janvier, à 3 heures.

Facultés et Ecoles des départements

Ecole de médecine de Limoges. — M. le docteur Raymondaud, professeur de clinique chirurgicale, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite Ecole.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Amiens. — Par arrêté en date du 19 décembre 1890, un concours s'ouvrira le 5 novembre 1891, devant la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen. — Par arrêté en date du 22 décembre 1890, un concours s'ouvrira le 29 juin 1891, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite école. Le registre d'inscription sera clos, un mois avant l'ouverture dudit concours.

Assistance publique. — Le conseil municipal de Paris, en votant le budget de l'Assistance publique, a invité l'Administration :

1° A hâter l'avant-projet de construction d'un petit hôpital-dispensaire d'enfants (dans le nord-ouest de Paris);

2° A présenter au Conseil un programme ferme et définitif des grands travaux à entreprendre sur fonds d'emprunt, à classer en première ligne la construction de deux petits hôpitaux-dispensaires d'enfants, d'un internat de teigneux, d'un quartier de chroniques, d'un hospice de phtisiques;

3° A soumettre à l'avis du Conseil de surveillance d'une part, et des médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux de l'autre, le double projet de la réorganisation des consultations externes et de l'enseignement pratique hospitalier.

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 22 décembre 1890, M. Marty (Joseph-Hippolyte), pharmacien principal de 1re classe, directeur de la pharmacie centrale à Paris, est promu au grade de pharmacien inspecteur dans le cadre du corps des pharmaciens militaires ; et par décision ministérielle du même jour, M. Marty a été nommé membre du comité technique de santé.

Société de chirurgie. — Par décret, en date du 23 décembre 1890, la Société de chirurgie est autorisée à accepter, aux clauses et conditions imposées, le legs de la somme de 5,000 fr. qui lui a été fait par le Dr Ricord. Le montant de ce legs sera placé conformément à l'article 18 des statuts de l'Association.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie Asselin et Houzeau, place de l'École-de-Médecine.

Agenda médical pour 1891 contenant :

1° *Un mémorial thérapeutique du Praticien*, par le Dr C. PAUL, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital de la Charité.

2° *Un mémorial obstétrical*, par le Professeur PAJOT;

3° *Un formulaire magistral*, par M. DELPECH;

4° *Notice sur les stations hivernales de la France et de l'étranger*, par le Dr DE VALCOURT.

Plus un calendrier à un ou deux jours par page sur lequel on peut inscrire ses visites et prendre des notes; la liste des médecins, officiers de santé, pharmaciens, dentistes et vétérinaires du département de la Seine; les médecins des hôpitaux civils et militaires de Paris; les médecins inspecteurs des eaux minérales, maisons de santé de Paris et des environs; la liste des divers journaux scientifiques; *les Facultés et Écoles préparatoires de médecine de France; les Écoles de médecine militaire et navale*, avec le nom de MM. les professeurs; l'Académie de médecine et les diverses Sociétés médicales; le nouveau tableau des rues de Paris, etc., format in-18 de 610 pages, dont 190 de calendrier et 420 de renseignements utiles.

PRIX

Broché .... 1 fr 75

Cartonné à l'anglaise .... 2 »

Divisé en 6 cahiers (trimestres à 2 jours par page, et doré sur tranches, de façon à pouvoir être mis dans une trousse ou portefeuille .... 3 »

Divisé en 6 cahiers trimestres à 1 jour par page) et doré sur tranches 3 50

Trimestres seuls dorés sur tranches à 2 jours par page 1 75

— — — à 1 jour par page .... 2 »

Le *Mémorial thérapeutique* et le *Formulaire magistral* en un seul cahier séparé 1 25

Les *Renseignements médicaux* en un seul cahier séparé 1 25

RELIURES DIVERSES

N° 1. Maroquin à patte, avec crayon, doublé en papier ...... 3 fr 50

N° 2. — — — l'agenda divisé en 5 cahiers, doublé en papier 3 75

N° 3. — — — et petite trousse, doublé en soie ...... 5 »

N° 4. — — — et petite trousse, doublé en maroquin ...... 7 »

N° 5. — — — et petite trousse, avec fermoir en nickel ...... 7 »

Librairie G. Masson, boulevard Saint-Germain.

Maladie de la peau, dite *maladie de Paget* par le Dr Wickham, ancien interne des hôpitaux de Paris, avec 4 planches pour texte.

Annuaire statistique de la Ville de Paris, IXe année, 1888. — Prix : 6 fr.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

EAU MINÉRALE NATURELLE PURGATIVE DE RUBINAT
(SOURCE DU Dr LLORACH)

HYDROLOGIE

DES

EAUX MINÉRALES PURGATIVES

La physiologie, dans ces derniers temps, a étudié l'action des purgatifs salins : elle a démontré d'abord qu'il était nécessaire, pour que l'action purgative se produisît, que les sels ne fussent pas entièrement et immédiatement absorbés en nature par l'estomac; c'est le cas, par exemple, du chlorure de sodium et la raison pour laquelle on ne peut se purger avec le sel marin. L'effet immédiat des purgatifs salins sur l'intestin est de produire une hypersécrétion qui provoque l'élimination d'une grande quantité de liquide chargée de déchets organiques cristalloïdes, tels que l'urée et la créatine. Ces produits, accumulés dans le sang, forment certainement un terrain favorable au développement d'un grand nombre de maladies. On sait en effet, dès maintenant, que les microbes ou germes infectieux qui sont l'origine très probable d'une foule d'affections, telles que les fièvres éruptives, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, le choléra, la fièvre jaune et jusqu'aux simples furoncles (Pasteur), ont besoin d'un milieu convenable pour se développer; ils semblent guetter le terrain, c'est-à-dire le sang qui leur convient. D'où l'explication physiologique assez simple de l'utilité des purgatifs et des purgatifs salins en particulier, à certaines époques, surtout chez les gens qui éliminent peu, par suite d'un travail sédentaire ou assidu, ou sont obligés d'user d'une alimentation trop riche en substances azotées.

Quels sont, parmi les purgatifs salins, les plus efficaces, les mieux tolérés, ceux dont l'administration peut être réitérée, dans certaines limites du moins, sans faire courir de risques à l'organisme? A cet égard, la physiologie et la clinique, la pratique journalière des médecins nous montrent surabondamment que ce sont les eaux minérales, naturelles, purgatives dont le type le plus achevé nous semble être l'eau de Rubinat, la plus riche en principes minéralisateurs utiles.

On sait que, pour produire un effet purgatif sérieux, il faut employer non seulement une certaine dose de sulfate de soude ou de magnésie mais qu'il est nécessaire en outre que ces sels ne soient pas dissous et comme noyés dans une trop grande quantité d'eau; il se produit certainement une action dialytique, comme le veut M. Rabuteau, dont les travaux sur les purgatifs et les ferrugineux font du reste autorité; mais il y a aussi une action nerveuse spéciale, et certainement non à dédaigner. C'est l'influence de cette dernière qui a fait la supériorité de l'administration des eaux minérales naturelles proprement dites sur celles des sulfates de soude ou de magnésie simplement dissous dans l'eau. Il n'est pas de médecin qui n'ait remarqué combien les eaux minérales naturelles, de quelque nature qu'elles soient, du reste ont une action préférable à celles des eaux artificielles de même composition chimique. Il y a longtemps que le regretté Gubler a dit que les eaux minérales naturelles étaient pour ainsi dire *vivantes* et que c'était ce qui leur valait leur supériorité à doses plus faibles et à minéralisation moindre sur les simples solutions de nos laboratoires.

Les eaux minérales purgatives ne font pas exception à la règle; elles sont à la fois mieux tolérées par l'organisme, fatiguent moins l'estomac et peuvent être employées plus souvent et à de plus courts intervalles que les sels purgatifs. Mais leur composition chimique ne saurait nous être indifférente; si elle n'est pas tout, elle est du moins un facteur important dans leur efficacité, il est nécessaire qu'elles contiennent une grande proportion de sels purgatifs, et c'est pourquoi nous considérons l'eau de Rubinat comme leur type le plus parfait. Il n'y a point de comparaison en effet à établir entre cette eau pyrénéenne, sortant pure et limpide de la roche primitive, et les eaux allemandes et autrichiennes, si prônées dans ces derniers temps. L'eau de Rubinat, ainsi que le constate le rapport de l'Académie de médecine, contient en effet 103 grammes de sels par litre d'eau, dont 96 grammes de sulfate de soude et 3 grammes de sulfate de magnésie. Les eaux de Pullna, de Birminstorf, et les autres qui nous viennent d'Outre-Rhin, ne contiennent guère que la moitié de cette quantité. Il en résulte pour Rubinat l'avantage d'agir à dose beaucoup plus faible, un demi-verre que l'on prend le matin à jeun, en le coupant au besoin avec de l'eau sucrée ou du thé léger. Suivant son tempérament, on gradue aussi l'énergie de la purgation, et on n'est pas condamné, comme avec l'eau de Sedlitz, à absorber de grandes verrées d'un liquide aussi désagréable. C'est un avantage bien apprécié de la clientèle qui a ainsi sous la main un purgatif énergique que l'on peut mitiger à volonté, le réduire même à l'état de simple laxatif dans le cas où l'on a besoin d'en faire usage plusieurs fois par semaine contre une constipation opiniâtre, la véritable maladie de notre époque.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE REDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. DE RANSE**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,**
J. ARNOULD (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL BROUSSAIS. — M. LE Dr BARTH.

DE LA CIRRHOSE CARDIAQUE.

Leçon recueillie par M. R. Faure-Miller, interne du service.

Nous allons nous entretenir aujourd'hui d'une affection hépatique d'origine cardiaque, que l'on appelle, pour cette raison même et à cause de certaines lésions scléreuses qui en sont la conséquence, cirrhose cardiaque.

Nous avons actuellement dans le service trois malades qui en présentent les caractères cliniques ; ce sont trois femmes. La première est couchée au numéro 16 de notre salle Axenfeld. Elle a cinquante-huit ans, et, il y a quinze jours, est entrée ici en proie à un accès d'asystolie caractérisée. C'est une arthritique héréditaire et acquise ; la goutte existe dans sa famille ; elle-même a été, à plusieurs reprises, atteinte par des attaques de rhumatisme.

Là s'arrête son histoire pathologique ; elle n'a eu aucune autre maladie. Elle est mère de deux enfants bien portants, et ses couches se sont bien passées. A cinquante ans s'est établie la ménopause sans manifestation réactionnelle bien marquée du côté des organes génitaux.

Il y a environ dix ans, ont apparu des palpitations et des phénomènes dyspnéiques assez accusés. En 1881 des accidents véritablement sérieux se sont montrés, qui ont forcé la malade à s'aliter : enflure des jambes, essoufflement au moindre effort, à l'occasion d'une marche un peu longue, de fatigues, quelconques, de la montée d'un escalier. Le tout s'aggravant, l'asystolie se manifesta. La malade entra alors à l'hôpital Cochin où on lui donna de la digitale. Depuis neuf ans de tels états réapparurent, à de longs intervalles d'abord, le retour à la santé ayant lieu pendant les périodes d'accalmie, puis plus fréquemment depuis trois ans, les phénomènes morbides n'ayant point le temps de disparaître complètement d'une attaque à l'autre. Chaque fois la digitale amenait une sédation des symptômes ; l'urination se produisait abondante et l'enflure des membres inférieurs disparaissait ; mais, dans les derniers temps, le médicament avait perdu de son pouvoir, et même après la disparition de l'œdème des membres, l'abdomen restait ballonné.

La malade, d'abord, n'attacha pas grande importance à cette augmentation de volume de son ventre, car, disait-elle, ce gonflement se montrait après ses grossesses pour persister un temps assez long.

L'année dernière un nouveau symptôme fit son apparition, la jaunisse. L'ictère était accompagné d'une sensation de lourdeur, de pesanteur aux hypochondres ; le ventre devint plus gros, plus tendu et l'on put constater un épanchement de liquide qui augmenta assez rapidement. En avril dernier, l'on

FEUILLETON

M. BAILLARGER.

Le Dr Baillarger, membre et ancien président de l'Académie de médecine, médecin honoraire de la Salpêtrière, est décédé à Paris, le 31 décembre 1890, dans sa quatre-vingt-deuxième année.

Me trouvant depuis bien des années en relations avec le savant éminent, avec l'excellent homme que nous venons de perdre, j'ai vécu dans son intimité et il m'avait fait l'honneur de m'associer à la publication de ses derniers travaux ; aussi mon émotion est-elle grande. Cependant, à l'aide de mes souvenirs, je voudrais m'entretenir de lui, avec mes lecteurs habituels. D'autres plus compétents apprécieront la valeur de l'œuvre considérable de M. Baillarger ; j'essayerai seulement d'esquisser sa vie si laborieuse.

M. Baillarger (Jules Gabriel-François), est né le 26 mars 1809, à Montbazon (Indre-et-Loire), d'une famille modeste. Son grand-père maternel avait été chirurgien de marine. Enfant des plus studieux, M. Baillarger montrait beaucoup de goût pour l'histoire naturelle, il était observateur et aimait à se rendre compte des phénomènes divers qui se passaient sous ses yeux. A Tours, il fit de très bonnes études, et le souvenir de son grand-père aidant, il céda volontiers aux conseils d'un ami de sa famille et se rendit à Paris.

Son sort est décidé, il veut être médecin d'hôpital et concourt pour l'externat ; il est nommé à Bicêtre. Malgré l'ordre qu'il sait apporter dans l'administration de son petit budget, il ne tarde pas à redouter un déficit et, ne voulant pas solliciter de subside additionnel, il apprend par un camarade qu'une place d'interne est vacante à l'hospice de Charenton ; il se propose, est accepté et, pendant quelque temps, il fait à la fois les deux services ; mais, à cette époque, les omnibus étaient rares et chers et, chaque jour, il devait faire la route à pied, aller le matin, après son service à Bicêtre, suivre celui de Charenton et revenir souvent le même jour à son point de départ. Sa santé ne lui permit pas longtemps cette double fatigue ; il fallait opter. Il hésita, m'a-t-il dit. Cependant la belle physionomie d'Esquirol, son caractère, la sollicitude qu'il lui témoignait le décidèrent ; il choisit l'aliénation mentale. Ses rela-

fut forcé de pratiquer à son domicile une ponction qui amena de huit à dix litres environ d'un liquide ascitique citrin.

C'est à peine si, à son entrée à l'hôpital, elle est remise de cette ponction. Le trajet fistulaire formé par le trocart ne s'est pas citatrisé et il existe un suintement liquide qui se fait par son orifice externe. L'examen du thorax nous montre que nous avons là affaire à une lésion mitrale avec accès d'asystolie. Le cœur est dilaté, augmenté par conséquent de volume. Les battements sont faibles, et nous trouvons à la pointe un souffle systolique. Ce souffle a été difficile à percevoir le premier jour, mais, sous l'influence du repos et de la digitale, les phénomènes d'auscultation se sont accentués et nous avons pu l'entendre très net.

Nous constatons des signes d'anasarque généralisée et considérable; œdème des jambes avec induration des tégnments; râles de congestion pulmonaire aux deux bases. Mais l'infiltration est surtout accentuée au ventre; l'abdomen a pris un développement considérable; il est très volumineux et de forme arrondie, ballonné, d'une façon générale, et aplati vers les flancs.

Le foie est dur et très hypertrophié; il déborde partout ses limites naturelles et dépasse de six travers de doigt les fausses côtes. Il n'est pas animé de battements hépatiques. Sa surface est lisse. Il est peu mobile et douloureux à la pression.

Il existe toujours un peu d'ascite; mais celle-ci est peu abondante; en effet, comme nous l'avons déjà dit, le liquide suinte par l'orifice dû à la ponction, et ne peut ainsi se collecter qu'imparfaitement. Cependant la quantité s'en est accrue depuis quelque temps, et il est fort possible que d'ici peu de jours, nous soyons de nouveau forcés de recourir à la ponction.

Voici, en résumé, la situation. La malade que nous avons sous les yeux est atteinte d'affection mitrale depuis plusieurs années. Des troubles hépatiques se sont montrés à la suite, et se sont révélés par la pesanteur dans l'hypochondre droit, de l'augmentation de volume du foie, par l'apparition d'un ictère et par l'ascite; actuellement ce sont les symptômes hépatiques qui sont prédominants, et nous avons affaire véritablement à une cirrhotique.

Les deux autres malades dont je vous ai parlé sont assez analogues.

La première d'entre elles est âgée de 31 ans et se trouve couchée au n° 9 de notre salle Axenfeld. Il y a déjà longtemps qu'elle est dans le service et nous avons pu la suivre dans le développement de sa lésion.

Elle est atteinte de saturnisme chronique, ce qui est un point très important à considérer, car c'est là la première origine de l'affection très complexe dont elle souffre. Nous pourrions même dire, jusqu'à un certain point, qu'elle est une saturnine héréditaire: tous les membres de sa famille polissent les caractères d'imprimerie; sa mère était polisseuse comme elle et notre malade nous raconte que cette dernière aurait fait plusieurs fausses couches occasionnées par l'intoxication plombique. Quant à notre malade elle-même, elle est restée bien portante jusqu'à vingt-cinq ans; il n'y a à noter dans cette période que quelques accidents légers de saturnisme sans manifestations aiguës. Cette intoxication légère avait déterminé une dyspepsie assez tenace ainsi qu'un certain degré d'anémie.

La santé cependant se maintenait dans de bonnes conditions.

Trois ou quatre ans avant son entrée à l'hôpital, des phénomènes cardiaques se sont montrés; elle a ressenti de vives palpitations; les membres inférieurs sont devenus le siège d'un œdème surtout accentué au niveau des malléoles.

Les mictions se sont rapprochées, mais les urines sont devenues moins abondantes; en même temps une gêne légère de la respiration s'est établie. Puis le tout s'est accentué; l'œdème s'est exagérée ainsi que la dyspnée. En juillet dernier, elle se décide à venir réclamer nos soins et, à son arrivée, nous constatons des phénomènes mitraux très nets; l'hypertrophie cardiaque est aisée à constater; il existe un souffle très intense à la pointe et au premier temps; le cœur bat avec assez de fréquence pour que nous puissions dire qu'il y a tachycardie.

L'auscultation des poumons nous permet d'entendre aux deux bases des râles nombreux de congestion pulmonaire, mais, d'autre part, notre attention est portée sur des signes évidents de néphrite chronique d'origine probablement saturnine. Les urines sont rares et très chargées d'albumine, il existe en outre des sympômes d'urémie douce, tels que céphalée, insomnie, etc.

A ce moment l'on ne peut constater que peu de chose au niveau du foie; il est de volume modéré; l'ascite est en quantité médiocre.

---

tions avec le maître devinrent des plus affectueuses: Baillarger fut nommé premier interne de Charenton, position recherchée. puis secrétaire d'Esquirol, et l'on sait que celui-ci, le considérant comme son meilleur élève, se l'attacha plus tard comme directeur-adjoint de la maison qu'il avait fondée à Ivry. Cependant avec des allures simples, modestes, souvent timides, M. Baillarger a toujours su demeurer indépendant et la déférence qu'il montrait aux autres, n'aliéna jamais cette indépendance. Je tiens de lui, qu'ayant fait le compte-rendu de l'ouvrage d'Esquirol, il le soumit à celui-ci, et comme il n'entendait plus parler de son travail, ce qui était incompatible avec les habitudes du maître, laborieux et ponctuel en toutes choses, il se hasarda un jour à lui demander des nouvelles de son article: « L'avez-vous lu? questionna-t-il. — Oui, répondit laconiquement Esquirol, le voici » et il rendit le manuscrit à son élève, bien persuadé, hier encore, que les quelques observations critiques que l'élève s'était permises avec tout le respect possible, n'étaient pas dû goût du maître. Celui-ci, d'ailleurs, ne lui parla jamais de cet incident, et leurs relations n'en furent point altérées.

En 1837, Baillarger sontint sa thèse de doctorat; elle a pour titre *Du siège de quelques hémorrhagies méningées* et elle lui avait déjà inspiré deux notes communiquées antérieurement à la Société anatomique, dont il fit partie dès le début de ses études médicales. L'on peut dire, à cette place, que M. Baillarger fut un judicieux anatomiste et les découvertes qu'il a faites dans l'anatomo-pathologie du cerveau et du système nerveux sont demeurées incontestées.

En 1840, un concours est ouvert pour les places de médecin dans les hospices de la Salpêtrière et de Bicêtre; Baillarger est nommé le premier; il avait pour concurrents Archambault, Moreau (de Tours), Cerise, etc. C'est à cet hospice de la Salpêtrière que va grandir la réputation de Baillarger, à la fois anatomiste heureux, clinicien consommé, professeur émérite. En effet, les ressources du service important qu'il dirige lui permettent d'accumuler observations sur observations. ses leçons au lit du malade attirent les élèves et il inaugure bientôt un cours clinique sur les maladies mentales qu'il continuera pendant vingt ans. Tous ceux de notre génération ont suivi ces conférences, les journaux en publiaient les leçons et nous nous rappelons y avoir vu, assidus autour du maître, MM. Béclard, Vulpian, Gratiolet, Broca, Charcot

Nous l'avons soignée par les diurétiques, les purgatifs, le lait ; enfin nous avons exercé de la révulsion au niveau des poumons.

Les accidents se sont calmés sous l'influence de ce traitement et plusieurs fois la malade est sortie de l'hôpital se trouvant mieux, mais avec un cœur et un foie prêts à rentrer en scène au premier jour.

Et, par le fait, au moindre écart de régime, à la moindre fatigue, tous les phénomènes reparaissaient, phénomènes cardiaques, phénomènes d'insuffisance urinaire. L'on peut dire que c'était là de l'asystolie à répétition.

Le foie augmentait de volume à chaque poussée d'asystolie; il devenait volumineux, dur et sensible à la pression. Quand, après administration de digitale et surtout de calomel, qui chez cette malade avait une action diurétique vraiment remarquable, l'insuffisance urinaire avait disparu et que les phénomènes s'étaient apaisés du côté du cœur, le foie restait cependant plus gros qu'à la crise précédente et, peu à peu, de crise en crise, est arrivé à atteindre un volume considérable en même temps qu'une certaine quantité d'ascite pouvait se déceler dans les parties déclives.

Cet épanchement séreux ne fit qu'augmenter et, vers la fin de janvier dernier, occasionnait déjà des troubles très considérables. L'on fut obligé de pratiquer la ponction malgré l'état de faiblesse où se trouvait la malade. Je dis malgré l'état de faiblesse, car vous devez vous souvenir, en faisant une ponction, que l'ascite se reproduit souvent très vite et spolie ainsi le sang d'une quantité notable d'albumine d'où résulte une très grande fatigue pour le patient.

Six litres de liquide furent évacués par cette ponction. Mais la ponction n'a guère, dans ces cas, qu'un effet simplement palliatif. Les phénomènes se reproduisirent rapidement, et le 6 mars, puis le 9 avril, cette même opération fut jugée nécessaire; chaque fois on retira neuf litres de liquide. Nous sommes actuellement sur le point d'en faire une quatrième ; la malade étant en assez bon état, la ponction lui sera fort utile en permettant plus de liberté aux mouvements respiratoires, gênés par le refoulement du diaphragme.

Vous voyez que les phénomènes que l'on constate aujourd'hui sont tout différents de ceux que l'on trouvait autrefois.

Antérieurement c'était surtout une cardio-rénale ; maintenant, au contraire, le cœur va bien ; il suffit encore d'une façon satisfaisante à sa tâche.

Le rein, il est vrai, est toujours pris, car nous trouvons encore que les urines sont peu abondantes et qu'elles contiennent une certaine quantité d'albumine, actuellement cinq grammes. Mais, malgré ces troubles urinaires qui existent depuis longtemps, on n'a pas pu noter de signes même légers d'urémie, ce qui prouve que la dépuration rénale est presque suffisante.

Donc le cœur va mieux et le rein ne fonctionne pas mal ; en revanche, du côté du foie et de l'abdomen, existent des symptômes qui vous frappent à première vue. Le foie est volumineux, très dur, sensible à la pression, régulier et lisse; ses limites atteignent l'ombilic. L'ascite est très abondante, sa quantité peut être évaluée à six ou huit litres ; la circulation intra-abdominale en est fortement gênée d'où, développement d'une circulation collatérale tegumentaire.

Notre troisième malade est couchée au n° 26 de la salle Axenfeld. Elle a cinquante ans. Ses antécédents sont les suivants : elle a eu un frère mort cardiaque; elle-même a ressenti des troubles circulatoires assez notables. Depuis trente ans l'essoufflement est facile à la moindre fatigue, au moindre effort. Plus tard, elle a subi des accès de colique hépatique; enfin, ce qui est très important, elle a présenté, à des intervalles plus ou moins rapprochés, plusieurs poussées d'ictère.

Ces accidents se sont éloignés ensuite pour disparaître à peu près complètement depuis nombre d'années ; mais depuis trois ans s'est développée une affection cardiaque parfaitement caractérisée : palpitations violentes et répétées, enflure des jambes, dyspnée de telle intensité qu'elle est parfois forcée de rester assise sur son lit et de passer toute la nuit dans cette situation pénible. C'est dans cet état que je la vis et la soignai, il y a trois ans, à l'hôpital Tenon. C'était alors une mitrale et une tricuspidienne. Les divers phénomènes que j'observai alors et dont je viens de vous parler s'apaisèrent assez vite, mais ils se sont reproduits plusieurs fois depuis trois ans. Elle entrait alors à l'hôpital dans un état d'asystolie pitoyable, puis, allant mieux, elle en ressortait pour travailler. Ces alternatives se sont répétées plusieurs fois, ce qui prouve que le cœur irrémédiablement lésé se trouvait encore cependant dans des conditions assez favorables de santé pour pouvoir fonctionner à l'aide d'un traitement approprié.

Mais chaque fois qu'une attaque d'asystolie s'est produite,

---

et Potain, etc., sans compter les aliénistes les plus connus de nos jours. M. Baillarger était un observateur des plus sagaces, il s'exprimait avec une grande facilité en même temps qu'avec une grande simplicité; il était clair, instructif et doué surtout de la faculté de se faire comprendre, il y mettait tous ses soins. Récemment encore, lorsque je devais résumer les tables analytiques de ses travaux, tables auxquelles il tenait beaucoup, il lui arrivait parfois, après avoir bien expliqué ce qu'il fallait dire, de me faire répéter, au moins quant au fond, le résumé qu'il venait d'improviser. Et comme je m'étonnais de sa précaution, il répondait avec le fin sourire qui lui était habituel : « Ce n'est pas seulement pour vous que je vous fais répéter, c'est pour moi; je veux savoir si j'ai été clair. »

Les cours de M. Baillarger eurent un grand retentissement, on ne les oublia pas et lorsque, bien plus tard, la Faculté voulut transformer quelques-unes de ses chaires, l'on pensa au savant médecin de la Salpêtrière pour celle des maladies mentales et des propositions fermes lui furent faites. Cela le flatta beaucoup et je n'oublierai pas l'émotion de l'excellent homme, lorsqu'il me fit part, le jour même, des démarches tentées près de lui. Si grande était l'estime qu'il inspirait, que ses concurrents s'effaçaient devant lui; mais M. Baillarger, dont l'esprit juste et droit ne se trompait guère, n'ignorait pas qu'il n'était plus d'âge à se livrer à un travail aussi actif; sa santé, qui ne lui a jamais défendu un travail continuel, exigeait cependant qu'il travaillât à ses heures; il n'était pas homme à accepter une fonction qu'il n'eût remplie, avec grande satisfaction d'ailleurs, que pendant quelques mois, un an peut-être, et c'est sa droiture qui l'emporta aisément sur le désir de couronner sa carrière par le grand honneur, disait-il, de la possession d'une chaire magistrale.

En 1840, M. Baillarger publia son mémoire, inséré dans les mémoires de l'Académie de médecine, sur la *structure de la couche corticale des circonvolutions du cerveau*. Jusqu'alors les anatomistes n'avaient pu s'entendre sur la structure de cette couche, elle est désormais fixée ; puis suivent ses travaux sur l'*étendue de la surface du cerveau* et ses rapports avec le développement de l'intelligence, le *mode de formation du cerveau*, la *monomanie* et la *mélancolie*, la *stupidité*, la *folie à double forme*, les *hallucinations*, l'*hérédité de la folie*, le *goitre et le crétinisme*, la *paralysie générale*, etc., etc., travaux considérables, la plupart des idées doc-

les lésions du foie se sont accentuées; celui-ci ne revenait point sur lui même, comme le faisait le cœur; il ne recouvrait pas son volume antérieur à la crise. Autrefois, il y avait de l'ascite, mais une ascite par exsudation, tout à fait comparable à l'œdème lui-même; aussi l'ascite pouvait-elle disparaître au même titre que l'œdème. Mais actuellement l'épanchement est énorme. Au mois d'août dernier, l'ascite était devenue si considérable qu'une ponction fut rendue nécessaire par les troubles circulatoires et respiratoires qu'elle causait. L'abdomen vidé, le traitement approprié, c'est-à-dire diurétiques et régime lacté. put conjurer les accidents: mais le foie restait énorme et une ascite chronique de peu d'abondance persistait toujours. La malade sortit en octobre, mais elle revint en janvier; elle était atteinte alors d'influenza, par elle-même peu grave, mais suivie de manifestations de congestion pulmonaire avec arythmie cardiaque et asystolie: visage cyanosé, veines du cou et de la face gonflées, anasarque accentuée, ascite considérable laissant cependant percevoir un énorme foie qui s'étendait jusqu'à l'ombilic. Une ponction donna 9 litres de liquide.

L'ascite s'est depuis lors reproduite; le 6 mars, on retire de nouveau huit litres et le 6 mai neuf litres.

L'examen actuel nous permet de constater des symptômes à peu près semblables, mais très atténués. Le cœur, qui a été le premier atteint, semble au contraire être aujourd'hui le viscère le moins malade; il n'offre à noter ni arythmie, ni irrégularité.

L'anasarque a bien diminué; mais il existe toujours cette variété d'œdème chronique que l'on observe si ordinairement chez les vieux cardiaques. Le foie est toujours gros et présente les phénomènes que nous avons signalés plus haut: dureté, état lisse, sensibilité à la pression, etc. Le ventre reste volumineux, mais l'ascite ne se reproduit que lentement, grâce au repos, grâce au régime lacté, grâce au traitement; néanmoins il demeure évident que si la malade n'observe point rigoureusement la ligne de conduite que nous lui avons tracée, l'ascite réapparaîtra rapidement, ainsi que les autres manifestations morbides que nous avons indiquées tout à l'heure.

(*A suivre*).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

LE REMÈDE DE KOCH DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS TUBERCULEUSES

(*Suite*) (1).

XIII. — Le traitement de Koch combiné avec l'intervention chirurgicale, par le prof. Sonnenburg, de Berlin. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 1, p. 21.)

XIV. — Sur le traitement de Koch, par le prof. Mossler, de Greifswald. (*Wiener medicin. Presse*, 1891, n° 1, p. 12.)

XV. — Deux cas de guérisons obtenues a l'aide du remède de Koch, par le Dr J. D. Baum. (*Deutsche Medizinal Zeitung*, 1890, n° 103, p. 1.191.)

XVI. — Essais faits avec la lymphe de Koch dans des cas de lèpre et de lupus érythémateux.

XIII. — Dans sa première communication sur le nouveau remède, Koch s'était demandé si les injections de sa lymphe, impuissantes par elles-mêmes contre les lésions cavitaires, pourraient être utilement associées à l'intervention chirurgicale. M. Sonnenburg, chirurgien à l'hôpital Moabit, où Koch poursuit ses expériences cliniques avec son remède secret, s'est mis en devoir de travailler à la solution de cette question. Les tentatives de chirurgie des poumons, faites dans des cas de cavernes superficielles, n'avaient pas donné jusqu'ici des résultats bien encourageants. Ces résultats seront-ils meilleurs lorsque l'intervention du chirurgien sera appuyée, complétée, par l'emploi du nouveau remède, dont le rôle sera de transformer les lésions tuberculeuses en plaies simples? L'audace des chirurgiens, que rien n'effraie plus, nous aura bientôt renseignés sur ce point.

Il importe de dire que ces tentatives de traitement opératoire combiné avec les injections de la lymphe de Koch ne sauraient être faites en bonne conscience sur le premier venu, porteur d'une caverne. Il faut procéder par voie de sélection, limiter ces tentatives aux cas favorables. Sont seuls justiciables de l'intervention opératoire, les malades porteurs de cavernes, dont l'état général et les forces ne sont pas encore très compromis, dont les poumons ne sont pas encore envahis par des lésions destructives très étendues, et ne renferment que des cavernes bien circonscrites. M. Sonnenburg s'en est tenu,

(1) Voir les numéros 48, 49, 51 et 52, 1890.

---

trinales soutenues par leur auteur, étant encore debout.

Je regarde comme un devoir de publier prochainement la liste bibliographique de l'œuvre considérable de mon si bienveillant maître.

Ce qu'il faut rappeler et dire aujourd'hui, car tous mes lecteurs ne le savent pas, ce sont les qualités de l'homme.

Ainsi, lorsqu'en 1849 le choléra sévissait avec vigueur à la Salpêtrière, ce qui donna aux médecins de l'hospice, et surtout à Baillarger l'occasion de montrer le plus grand dévouement professionnel, il prit sur lui d'emmener de force son digne collègue Trélat père qui, gravement frappé, ne voulait pas quitter l'hospice, et il le conduisit, dans sa voiture, après l'avoir fait envelopper avec soin, à sa maison d'Ivry, jusqu'alors indemne, ne répondant rien à ceux qui lui objectaient tout le tort que cela pouvait lui faire. Détail touchant, je tiens l'anecdote d'Ulysse Trélat; qui me la racontait comme une preuve éclatante du dévouement de Baillarger, et je la tiens aussi de M. Baillarger qui me la racontait comme une preuve du dévouement de Trélat père, voulant mourir à son poste d'honneur.

En 1870, M. Baillarger venait de donner sa démission de médecin des hôpitaux, avant l'âge de la retraite: il avait à peine 60 ans et pouvait demeurer là jusqu'à 65. Mais il faut toujours faire place aux jeunes, aimait-il à répéter. Il se trouvait à sa campagne lorsque l'investissement de Paris est prononcé. Il n'hésite pas; il sait que les services vont être désorganisés par les exigences de la guerre, et il reprend le sien, qu'il ne résigna qu'à la paix.

Et si son œuvre scientifique est considérable, immense est son œuvre de charité. Il a exercé cette charité d'une manière touchante et discrète, il a doté des filles de savants morts pauvres, il a établi de ses deniers plusieurs de ses élèves frappés par l'infortune et il prenait des précautions pour que son nom fût ignoré. J'ai commis l'indiscrétion de signaler, au sympathique professeur qui a prononcé sur sa tombe, au nom de l'Académie de médecine dont il avait été président, les paroles du dernier — adieu, que M. Baillarger faisait remettre à des œuvres de bienfaisance, des sommes importantes au nom de ses petits enfants!

Notre excellent maître et bienveillant ami a été assez heureux pour terminer les deux volumes qui renferment ses principaux travaux sur l'aliénation mentale et le goitre; il ne renonçait pas à l'idée d'en commencer un troisième. Entouré de l'affection d'une

de plus, à des cas où les sommets seuls étaient envahis par des lésions cavitaires. Ses premiers essais sont au nombre de quatre. Voici textuellement la description qu'il donne du manuel opératoire :

Pour parvenir au premier espace intercostal, dans la partie où cet espace offre sa plus grande largeur, Sonnenburg a tracé une incision à une largeur de pouce au-dessous de la clavicule et parallèlement à cet os, s'étendant du manubrium sterni jusqu'à deux travers de doigt de l'apophyse coracoïde. Il peut arriver qu'il ne soit point nécessaire de prolonger l'incision jusqu'au bord interne du deltoïde. Quand une fois on a divisé la peau, le peaucier, les fibres du grand pectoral et l'aponévrose profonde de la paroi thoracique, on met à jour le bord du petit pectoral. En se servant du doigt, on peut alors se frayer une voie vers le champ opératoire, et l'embrasser dans toute son étendue après avoir écarté les bords de la plaie avec de larges crochets. Cela faisant, on n'a point à craindre une hémorrhagie d'une certaine importance. Quand il n'est pas nécessaire de conduire l'incision trop loin en dehors, on ne met à jour ni la veine ni l'artère sous-clavières. Seules, quelques branches des veines thoraciques antérieures se laissent voir dans l'angle externe de la plaie, mais elles peuvent facilement être maintenues en bonne place, à l'aide de crochets mousses. L'artère mammaire interne, qui, à ce niveau, est presque toujours accompagnée d'une veine, descend le long de la face postérieure des cartilages costaux, à une distance de un travers de doigt du sternum, venant de l'artère sous-clavière. On peut facilement éviter ce vaisseau.

Le champ opératoire proprement dit est limité en haut par la clavicule, en dedans par le poignet du sternum, en dehors par le petit pectoral, en bas par la deuxième côte et par le grand pectoral attiré en bas. Avec le doigt, on cherche à se rendre un compte exact du trajet de la première côte et de ses rapports avec la clavicule. Avec le bistouri, on sectionne le revêtement périostal tendineux de l'os, ainsi que les fibres du muscle intercostal interne. On détache le périoste de la côte et surtont de sa face postérieure. On évite ainsi de léser les artères intercostales. Puis, avec le doigt, on détache de la plèvre les muscles intercostaux. Enfin, pour se frayer un accès plus facile, plus large, vers les poumons, on enlève un fragment volumineux de la première côte et du cartilage, dans la portion de leur trajet qui n'est pas recouverte par la clavicule ; cette résection ne doit pas porter sur toute l'épaisseur de la côte.

Le moment est venu alors d'ouvrir la caverne. On y enfonce d'abord la pointe d'une seringue à injection ; dans les trois cas opérés par Sonnenburg, la seringue a ramené, soit de la profondeur, soit des couches superficielles, un pus visqueux. On élargit ensuite le trajet de la piqûre, avec un thermocautère Paquelin, pointu et chauffé seulement jusqu'au rouge. Il ne se fait point d'hémorrhagie. Pendant tout ce temps de l'opération, il faut d'ailleurs avoir bien présent à l'esprit le trajet exact des gros vaisseaux avoisinants. On est prévenu que le thermocautère a pénétré dans la caverne, par l'apparition d'un peu de muco-pus au fond du trajet creusé par l'instrument. Avec une fine sonde boutonnée, introduite dans le fond de la plaie, on explore la caverne pour se renseigner sur son étendue, et on élargit l'ouverture avec le thermocautère; mais il n'est pas nécessaire de mettre d'emblée la caverne à jour dans toute son étendue. Ce résultat s'obtient de lui-même, les jours suivants, après élimination de l'eschare.

Le pansement, renouvelé tous les jours, a consisté dans le tamponnement de la plaie et de la caverne avec de petites pelotes de gaze iodoformée, le tout recouvert d'une couche de ouate et de gaze stérilisée. L'emploi ultérieur du thermocautère n'est indiqué que lorsqu'on vient à découvrir des orifices conduisant dans des cavités secondaires qui d'abord ne communiquaient pas avec l'excavation principale. Le drainage est impossible, à cause de la topographie des cavernes, et de la constitution de la sécrétion morbide; il empêcherait d'ailleurs de surveiller les modifications que subissent les lésions sous l'influence du remède de Koch.

L'opération n'entraîne ni troubles généraux ni troubles locaux. Cependant, chez l'un des opérés de Sonnenburg, il y a eu pendant quelques jours de légères poussées de fièvre. Il n'existait pas, chez ce malade, d'adhérences pleurales au moment de l'opération; celle-ci a provoqué une pleurésie adhésive circonscrite, ce qui peut rendre compte de la fièvre.

Dans la première nuit qui a suivi l'opération, les malades ont toussé un peu davantage. On n'a pas observé de complications soit générales soit locales (inflammations, infiltrations, hémoptysies). Les signes fournis par la percussion avant l'opération sont restés sensiblement les mêmes.

Chez les opérés dont la température interne est redevenue normale peu après l'opération, on a eu recours aux injections de la lymphe de Koch pratiquées au lieu d'élection. Sur les conseils de Koch, la lymphe a été injectée à très faibles doses

---

charmante famille qui ne le quittait pas, soutenu et aidé par une digne compagne, que l'on nommait à Ivry, son ministre de l'intérieur, visité par les nombreux amis et élèves, avec lesquels il aimait à causer, et il était charmant causeur, M. Baillarger s'est éteint doucement, presque sans souffrances. Il a conservé l'intégrité absolue de son intelligence jusqu'à la dernière minute, et, quelques instants avant de mourir, après avoir causé sans embarras avec le professeur Potain, qui, avec MM. Desnos et Guyon, le soignaient avec dévouement, il se fit lire par l'une de ses filles dévouées, un article du dictionnaire Dechambre, à l'occasion d'un symptôme maladif qu'il éprouvait en ce moment-là. La lecture terminée, il fit une courte observation, se retourna sur son oreiller. . quelques secondes après il n'était plus!

L'excellent docteur va manquer à bien du monde ; à sa compagne éplorée, à tous ses enfants, à ses amis, aux pauvres... et c'est là le plus bel éloge que l'on puisse faire de lui. Pour ma part, je ne sais en ce moment comment je vais m'y prendre pour oublier les jours et heures des rendez-vous, consacrés à la causerie, aux travaux à mettre en ordre et aux actes de bonté inépuisable, aux services à rendre, dont j'ai en bien longtemps le secret et c'est pour cette raison que je suis bien tenté de dire à mon bien aimé maître, non pas adieu, mais au revoir !

Dr A. Dureau.

***

Paroles prononcées sur la tombe de M. Baillarger, le 4 janvier 1891 par M. le Dr Blanche, vice-président de l'association mutuelle des médecins-aliénistes de France.

Messieurs,

Vous venez d'entendre l'éloge du médecin, du savant ; je vais maintenant vous parler de l'homme. Je serai bref, quoiqu'il y eût beaucoup à dire, mais M. Baillarger était d'une modestie sincère, et je veux respecter ce sentiment si rare.

Toute sa vie, d'ailleurs, peut se résumer ainsi : travail et charité.

Travail : vous connaissez son œuvre dont on peut dire qu'il est considérable.

Charité : vous savez moins comme il était bon, car s'il songeait constamment à faire le bien, il songeait tout autant à cacher le

d'abord. Les malades les ont bien supportées; la réaction a été faible (38°,1). Puis la dose a été portée à 1 centigramme.

La conclusion provisoire de Sonnenburg est que ces recherches démontrent la possibilité de mettre à ciel ouvert des cavernes, principalement des cavernes situées dans les sommets, d'une façon relativement simple, peu compliquée, et *sans dangers pour les malades*. L'auteur ajoute que ces essais datent de trop peu de temps pour permettre un jugement précis et prêter à une discussion, qu'il a voulu surtout mettre les chirurgiens au courant de sa technique opératoire.

XIV. — Le professeur Mossler, de Greifswald, qui est partisan des injections médicamenteuses poussées directement dans le parenchyme pulmonaire, compte que ce mode d'administration de la lymphe de Koch donnera des résultats supérieurs par leur rapidité et leur intensité à ceux qu'on a obtenus jusqu'à ce jour. Il espère aussi qu'en combinant l'emploi du remède de Koch avec l'intervention chirurgicale, on arrivera à obtenir la guérison de cavernes relativement volumineuses, en même temps qu'à détruire les foyers tuberculeux disséminés dans les poumons. Après effraction des cavernes situées superficiellement, il faudra faire des lavages avec des solutions antiseptiques, pour ramener au dehors les fragments de tissu tuberculeux, détachés des parois. C'est pourquoi Mossler conseille de faire précéder le traitement de Koch de l'intervention opératoire (ainsi qu'a procédé Sonnenburg).

D'autre part, Mossler a présenté à la Société de médecine de Greifswald (séance du 6 décembre 1890), un malade affecté d'un lupus de la face et de lésions tuberculeuses dans les poumons. Mossler a fait à ce malade des injections intra-pulmonaires de lymphe de Koch, aux doses successives de 1, 3, 5, 8 et 10 milligrammes. L'effet a été éclatant, au dire de l'auteur, en ce sens que la réaction locale, au siège des foyers du lupus, a présenté une netteté insolite, et que l'affection pulmonaire a été modifiée dans un sens remarquablement favorable. Ce cas démontre d'ailleurs que les injections du remède de Koch, poussées directement dans les poumons, sont inoffensives, quand elles sont pratiquées par une main exercée et avec toutes les précautions exigibles.

bien qu'il faisait. La liste serait longue de toutes les infortunes qu'il a soulagées, et, en apprenant sa mort, combien de gens ont pleuré leur bienfaiteur, filles de savants pauvres qu'il avait établies en les dotant, vieillards, veuves, dont il avait assuré l'existence, jeunes médecins à qui il avait payé leurs frais d'études et qu'il avait pourvus d'une situation qui garantissait leur avenir! Sans parler de toutes les sociétés charitables auxquelles il souscrivait largement, et parmi ces sociétés il en est pour lesquelles sa libéralité était inépuisable, il avait eu le premier la pensée du patronage des aliénés sortis guéris de la Salpêtrière et de Bicêtre, et c'est lui qui a fondé l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France, dont il était le président perpétuel. C'est au nom de cette Association je lui apporte ici le témoignage de la reconnaissance des nombreuses familles de médecins d'asile auxquelles elle distribue, depuis près de vingt ans, des sommes qui mettent les infirmes et les veuves à l'abri de la misère et qui permettent d'élever les enfants sans ressources.

Et son dévouement aux malades!

Quel souvenir on conserve, à la Salpêtrière, de sa douceur inaltérable, de sa bienveillance, ainsi que de son courage et de son abnégation pendant la terrible épidémie de choléra de 1849!

Hommage de respect et d'affection à l'homme de cœur, en même temps qu'au savant, car la bonté et la charité laissent, autant que les plus beaux travaux, un souvenir impérissable.

Mossler a rendu compte également d'une tentative chez un malade porteur d'une caverne pulmonaire et chez lequel on a fait des injections du remède de Koch, après avoir incisé l'excavation. Le malade a très bien supporté l'opération, et à la suite de celle-ci, l'expectoration a considérablement diminué. Le malade est encore en traitement.

XV. — Baum vient de publier deux observations de guérison obtenue à l'aide du nouveau traitement de Koch. La première concerne un homme de 22 ans, affecté depuis quatre années d'ulcérations lupeuses aux doigts et à la main du côté droit. Après trois injections du remède de Koch (8 milligr., 1 centigr. et 15 millig.), pratiquées le 25 novembre, le 29 et le 5 décembre. on trouva les ulcérations entièrement cicatrisées; à leur niveau, la peau était lisse, d'aspect absolument normal.

La seconde observation se rapporte à un homme de 30 ans, qui avait eu, il y a cinq ans, une carie du fémur avec abcès froid. La collection purulente avait été incisée, l'os rugíné, et le mal avait guéri. Par contre il s'était développé à la joue une ulcération du diamètre d'une pièce de cinq francs en argent, qui avait gagné la paupière inférieure, d'où un ectropion Après deux injections du remède de Koch, cicatrisation complète de l'ulcère, en l'espace de quinze jours.

XVI. — La question de savoir si la lèpre est ou non une affection tuberculeuse reste encore pendante. Etant donnée la valeur diagnostique indiscutable du nouveau remède de Koch, l'emploi de ce remède fournissait une occasion bien naturelle de trancher cette question de nosologie. Encore fallait-il choisir des cas bien nets, ne prêtant à aucune confusion, des cas de lèpre sans localisations tuberculeuses dans des organes profonds, sans lésions pulmonaires notamment. C'est ainsi que M. Arning a compris les choses. Il a expérimenté le remède de Koch chez deux sujets affectés de la lèpre maculeuse, anesthésique, sans autre lésion organique appréciable, et dont l'état général était très satisfaisant. Les deux malades étaient traités par le salicylate de soude, l'un depuis dix-huit mois (6 grammes par jour), l'autre depuis quinze mois, (5 grammes par jour). Deux jours avant d'instituer le traitement de Koch, la médication salicylée a été suspendue. Chez l'un des malades, on a fait, à des intervalles de vingt-quatre heures, quatre injections consécutives de la lymphe de Koch, aux doses de 2, 4, 8 et 10 milligrammes; chez l'autre sujet, les injections, au nombre de deux, ont été de 2 et 6 milligrammes. Il n'y a pas eu chez eux la moindre réaction; pas de fièvre, pas de modification de l'état général, du pouls, de la respiration, pas d'érythème, pas d'influence sur la sécrétion des urines. Les injections ont été faites en partie dans des régions saines du tégument externe, en partie au centre ou sur les bords des taches anesthésiques.

D'autre part, M. Arning a pu suivre, dans le service de son collègue, le Dr Engel-Reimer, un cas de lèpre tubéreuse, traité par les injections du remède de Koch (5 milligrammes). Il s'est produit une réaction générale, mais pas de réaction locale. M. Arning se demande si cette réaction fébrile n'était pas en rapport avec des complications tuberculeuses internes. Il rappelle aussi que chez les sujets affectés de la lèpre tuberculeuse, le moindre trouble fonctionnel entraîne une réaction fébrile intense.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

I. HISTOIRE GÉNÉRALE DES RACES HUMAINES. *Introduction à l'étude des races humaines*, par A. DE QUATREFAGES, membre de l'Institut, professeur au Muséum d'histoire naturelle, 2e partie. Gr. in-8, XXXIV 285 p. et 618. Nombr. fig., cartes, pl. et cartes. Paris, A. Hennuyer, imprimeur-éditeur, 1889. — II. *L'Europe en train rapide*, t. II : *Europe* CENTRALE ET SEPTENTRIONALE, par le Dr J.-P. BONNAFONT. In-18, 358 pages. (Paris, E. Dentu.)

I. La seconde partie du livre de M. de Quatrefages, consacrée à la nomenclature, à la classification et aux migrations et mélanges des races humaines, comprend les chapitres suivants : XIV. Observations générales; XV. Types fondamentaux; XVI. Races noires; XVII. Races jaunes; XVIII. Races blanches; XIX. Grandes races mixtes; XX. Races américaines; enfin des conclusions sur l'influence probable de la rapidité et de la facilité croissante des communications sur le futur état social des populations humaines.

On sait que, pour le savant professeur d'anthropologie du Muséum : « chaque espèce apparaît comme un arbre dont la « tige élevée fournit en tout sens et à diverses hauteurs des « branches maîtresses plus ou moins nombreuses, sous-divisées « elles-mêmes en branches secondaires, en rameaux et en « ramuscules. Ces branches, ces rameaux représentent autant « de races primitives, secondaires, tertiaires, quaternaires, etc. »

M. de Quatrefages ne s'abuse pas d'ailleurs sur la valeur réelle des classifications. D'accord avec la majorité des savants, il admet trois types fondamentaux : le blanc ou caucasique, le jaune ou mongolique, le nègre ou éthiopique. « Les centres de caractérisation de ces types, la répartition géographique et la succession dans le temps des populations primitives, se rattachant immédiatement à ces types, soulèvent un certain nombre de questions » que l'auteur étudie avec grand soin. En effet, les caractères ethnologiques que l'on constate encore parmi les populations actuelles, ceux que l'on attribue aux populations tertiaires et quaternaires, doivent permettre de leur assigner à chacune une place dans une classification naturelle. Aujourd'hui que des fossiles humains d'une date fort ancienne ont été examinés, l'on peut conclure, dit M. de Quatrefages, que l'espèce humaine n'a varié que très peu depuis les premiers moments de son apparition sur le globe jusqu'à nos jours. En ce qui concerne la distribution géographique des races, l'auteur conclut ainsi : l'Asie, qui a vu se former ces trois types et leurs secondaires, a conservé des représentants de presque tous. L'Europe, à partir des temps tertiaires, à part de rares exceptions, n'a reçu que des blancs allophyles. En Afrique, les allophyles quaternaires, représentés par la race de Cro-Magnon, ont occupé une partie du Nord-Ouest et sont descendus jusqu'aux Canaries. Les trois types fondamentaux se retrouvent en Océanie, ce qui surprendra bien des lecteurs. Les blancs allophyles occupent la Polynésie, les noirs la Mélanésie, les jaunes sont venus en Malaisie se joindre aux deux autres types. En Amérique, les allophyles et les jaunes, joints aux races quaternaires locales, ont fait le fond de la population et les noirs n'ont été que pour très peu de chose dans la constitution des races américaines.

Je voudrais pouvoir citer seulement tous les résumés des chapitres de l'excellent livre que j'ai sous les yeux. Ainsi, par exemple, aucune population américaine n'avait atteint l'âge de fer avant l'arrivée des Européens; ce métal ne manquait pas cependant, mais les indigènes n'avaient pas su découvrir les procédés d'extraction! Que de choses à dire sur les conclusions consolantes de l'auteur. Il croit à l'unification des populations humaines dans l'ordre des faits sociaux, ce qui sera gros de conséquences : « Le rôle prépondérant est dévolu au blanc européen. » On connaît les aires de civilisation commune que l'on a appelées le monde grec, le monde latin, le monde moderne; le monde futur sera bien autrement vaste : il embrassera le monde entier. »

Il me paraît inutile d'insister sur les qualités du style de l'éminent professeur du Muséum, sur la courtoisie de ses discussions, sur l'abondance des faits qu'il sait si bien condenser et faire comprendre. Dire aussi que l'ouvrage est accompagné d'un grand nombre de cartes, de portraits, de dessins, c'est rappeler que M. Hennuyer est un éditeur anthropologiste, qu'il aime l'ethnographie et qu'il met tous ses soins à en propager l'étude par les beaux et bons ouvrages qu'il édite.

II. — C'est encore d'ethnographie qu'il s'agit dans le livre de notre excellent confrère le Dr Bonnafont, ou du moins c'est à ce titre que nous l'enregistrons ici avec un grand plaisir. Mais, cette fois, cette l'ethnographie piquante, anecdotique qui a stimulé la verve de notre ami.

Ce volume est le quatrième publié par M. Bonnafont; il est le second consacré à l'Europe, et l'auteur nous promène en Savoie, en Suisse, en Allemagne, en Scandinavie, en Hollande, en Belgique et en Angleterre Chemin faisant, il note tout ce qui peut intéresser le médecin, l'archéologue et l'anthropologiste. Ce ne sont que de simples observations, sans prétention scientifique mais que de finesse et d'humour!

Ah! si tous les voyageurs savaient observer comme notre confrère, que d'excellentes relations de voyages nous aurions au lieu de ces longues descriptions filandreuses et insipides sur les forêts vierges, les animaux féroces et le soleil brûlant des tropiques! A côté des visites d'hôpitaux, des entrevues avec Langenbeck, Simpson, etc; que de détails charmants. — Le portier de la Grande Chartreuse, se décide à laisser entrer notre confrère, parceq'il a un œil blessé par un corps étranger, et la tourrière de la maison des femmes, reçoit gracieusement Mme Bonnafont, voulant faire voir au docteur une sœur de l'hospice, malade depuis longtemps d'un tænia. Entrée de la supérieure, qui ne pouvant faire accepter des honoraires, glisse dans la poche du visiteur, un flacon de liqueur et des prières! Notre confrère était resté à Saint-Laurent-du-Pont, une heure, mais il n'avait pas perdu son temps. Deux malades guéris, un flacon de liqueur dans sa poche et des prières en perspective! Ces prières ont été faites, assurément, à en juger par l'entrain de notre confrère, par la fraîcheur de ses souvenirs, par ses quatre volumes écrits à l'âge de la seconde jeunesse pour lui, à l'âge où tant de gens ne savent plus ni lire, ni écrire. Heureux confrère! je ne serais pas surpris, s'il méditait, en ce moment même, un cinquième volume.

Dr A. DUREAU.

NOUVELLE GÉOGRAPHIE UNIVERSELLE, *La Terre et les hommes*, par ELISÉE RECLUS. Tome XVII, *Indes occidentales : Mexique, Isthmes américains, Antilles.* Un volume grand in-8°, contenant 3 cartes en couleur, 100 cartes insérées dans le texte. 60 gravures sur bois. (Paris, Hachette et Cie).

Le tome XVI de la géographie de M. Elisée Reclus, consacré aux États-Unis d'Amérique, devait paraître en 1890; mais l'auteur en a ajourné la publication pour attendre les résultats d'un recensement prochain et profiter ainsi des

documents les plus récents. En attendant, il vient de publier le tome XVII, dans lequel il décrit les Indes occidentales, comprenant sous cette appellation, le Mexique, les Isthmes américains et les Antilles. Cette vaste contrée est assez bien délimitée :

« Les régions insulaires et péninsulaires, que baigne la double Méditerranée américaine, — golfe du Mexique et mer des Caraïbes, — dit l'auteur dans une vue d'ensemble, constituent, avec le triangle mexicain et le cordon des isthmes du Nouveau-Monde, une partie bien distincte des deux masses continentales du Nord et du Sud. A l'endroit où la ligne tropicale, dite « du Cancer » traverse le plateau mexicain pour aller, au delà, couper la pointe terminale de la presqu'île de Californie, la largeur du continent, de l'une à l'autre mer, est encore de 900 kilomètres, soit environ la dixième partie de l'espace qui sépare les deux Océans vers le milieu de l'Amérique du Nord; mais au sud, le territoire se rétrécit, développant des rivages parallèles aux rebords du plateau. Un premier étranglement se produit entre le Mexique proprement dit et le Chiapas, à l'isthme de Tehuantepec, puis, vers le sud-est, se succèdent d'autres étranglements étroits des terres pour se terminer par le mince pédoncule de Panama et de Darien, qui se recourbe entre les deux mers et va se greffer à la lourde masse de l'Amérique du Sud.

« La chaîne orientale des îles américaines, Bahama et Petites Antilles, forme un cordon de 3000 kilomètres en longueur, qui se développe du nord-ouest au sud-est, suivant une courbe serpentine à peu près parallèle à celle du Mexique et de l'Amérique centrale. Cette longue ligne extérieure, composée de terres d'origine différente, au nord, les îles coralligènes de Bahama, au sud les pitons émergés de la rangée volcanique des Petites Antilles, sépare de l'Océan la grande Méditerranée du Nouveau-Monde, d'ailleurs peu semblable de forme à celle de l'Ancien-Monde, mais divisée comme elle en vastes bassins secondaires. »

La région méditerranéenne de l'Amérique ne présente d'homogénéité, dans les parties qui la constituent, ni au point de vue géologique, ni au point de vue ethnique, ni au point de vue politique. « De nombreux indices tirés de la distribution des espèces végétales et animales, dit M. Reclus, autorisent les naturalistes à dire que telles ou telles îles voisines l'une de l'autre n'ont pourtant jamais été unies pendant les âges géologiques. La proximité des terres n'indique pas une ancienne jonction. »

Plus loin l'auteur ajoute : « Bien distincte des masses continentales, du Nord et du Sud, l'Amérique méditerranéenne est elle-même fragmentée en terres si diverses, que les habitants, groupés en tribus et en nations différentes, restaient jadis presque complètement isolés et n'avaient les uns avec les autres que des communications rares et difficiles. Nulle cohésion ethnique entre ces éléments distincts ».

Aujourd'hui encore, malgré les suites immédiates de la découverte des Indes occidentales qui semblaient en assurer la possession aux Espagnols, cette fragmentation persiste, que l'on considère soit la partie continentale, divisée en républiques indépendantes, soit la partie insulaire que se sont distribuée les puissances européennes.

Une étude synthétique de cette vaste région est donc impossible; mais quel intérêt n'offre pas celle en particulier de chacun des pays quelle embrasse, qu'il s'agisse du Mexique et de son ancienne civilisation, ou de nos possessions des Antilles, si chères à la mère Patrie, ou de cet isthme qui, sous l'impulsion du génie français, est appelé à jouer un rôle commercial de premier ordre, en servant de lieu de passage entre les deux grands Océans!

Nous n'avons pas à faire connaître l'œuvre de M. Reclus. Nous nous bornons à dire que le volume actuel est à la hauteur de ceux qui l'ont précédé.

F. DE R.

MANUEL DE PHYSIQUE MÉDICALE A L'USAGE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ET EN PHARMACIE, par Julien LEFÈVRE. (Asselin et Houzeau, éditeurs. Paris, 1889).

L'ouvrage de M. Lefèvre s'adresse surtout aux étudiants et aux médecins. Aux premiers, il sera de la plus grande utilité à la veille des examens; ils y trouveront résumées, mais toutefois suffisamment développées, toutes les questions de physique; aux seconds il fournira tous les renseignements qu'ils auront besoin de se remémorer, sans qu'ils aient à craindre de s'égarer dans des détails et des formules trop scientifiques et hors de leur portée. L'auteur, en effet, malgré le petit format de son livre, n'a laissé de côté aucune question de physique, en résumant les points purement scientifiques et consacrant de plus grands développements aux applications de cette science à la médecine, à la chirurgie et à la physiologie. Les appareils enregistreurs, le mécanisme des articulations, les leviers de l'organisme animal, les lois de la circulation sanguine, les appareils aspirateurs, les siphons, etc., y sont étudiés avec tous les détails désirables. Mais l'auteur a surtout donné de grands développement aux chapitres traitant de l'électricité, de la vision et des instruments d'optique, de la phonation et de l'audition. Aussi souhaitons-nous le succès mérité à cet excellent ouvrage.

F. DÉLÉAGE.

TECHNIQUE ÉLÉMENTAIRE DE BACTÉRIOLOGIE, par le Dr J.-C. SALOMONSEN, professeur de bactériologie à la Faculté de médecine de Copenhague, traduit sur la 2e édition par le Dr DURAND-FARDEL. — 1 vol. in-8°, avec 74 figures. — Cartonné prix 4 francs. (Rueff et Cie, éditeurs, 106, boulevard Saint-Germain).

Le traité de technique du Dr Salomonsen se distingue des nombreux manuels publiés sur ce sujet par son caractère essentiellement pratique. Aux prises, dans ses études de bactériologie, avec les difficultés qui résultent d'une installation insuffisante, l'auteur est parvenu à y parer en utilisant, à l'aide de procédés ingénieux, les objets usuels que tout le monde a sous la main.

Ce petit ouvrage, qui s'adresse particulièrement aux médecins disposés à faire les recherches courantes de bactériologie tout en ne disposant pas d'un outillage considérable, pourra souvent être utile aux hommes de laboratoire en les aidant à tourner certaines difficultés de la pratique.

Le premier chapitre traite d'abord de la stérilisation des milieux de cultures par la chaleur et par la filtration à la température ordinaire au moyen des bougies de porcelaine. Les appareils usités pour la culture des bactéries font l'objet du second chapitre où se trouvent décrits et représentés les tubes et flacons divers fermés à la ouate ou à capuchon rodé. Les pages suivantes sont consacrées à la préparation des milieux nutritifs liquides et solides, à la clarification des gelées, à leur filtration à chaud, à la coagulation du sérum du sang, etc., suivant des recettes spéciales on des tours de main enseignés avec les détails nécessaires à une bonne réussite.

La culture des bactéries à l'état de pureté, la séparation des espèces, leur inoculation en stries ou par piqûres font l'objet de quelques paragraphes courts et substantiels. Le cha-

pitre VI du Manuel est spécialement consacré aux étuves à incubation, aux moyens d'en rendre la température régulière.

Le chapitre VII résume très exactement les méthodes employées actuellement pour le dosage des organismes de l'air, du sol et des eaux. Les chapitres VIII et suivants traitent de la culture des organismes anaérobies en tubes scellés vidés d'air ou dans différents gaz et sur le porte-objet du microscope. Enfin les derniers chapitres du livre de M. Salomonsen sont consacrés plus spécialement aux questions de technique générale microbiologique, aux inoculations pratiquées sur les animaux vivants, à la confection et à la coloration des préparations microscopiques. Un appendice, ajouté par l'auteur, résume les travaux les plus récents sur les protozaires.

Toutes les descriptions sont accompagnées de nombreuses figures, intercalées dans le texte, qui guident fructueusement le lecteur.

L'esprit de méthode de M. Salomonsen, son style serré et concis, très fidèlement rendu par le Dr Duraud-Fardel, lui ont permis de rendre compréhensibles aux élèves et aux médecins les questions les plus délicates de la Bactériologie et expliquent le succès mérité qu'a eu son ouvrage au Danemark et aux États-Unis.

BULLETIN

DE LA VALEUR GLOBULAIRE DU SANG DANS LE DIAGNOSTIC DU CANCER DE L'ESTOMAC. — DE LA TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE ESSENTIELLE.

M. Muselier a rapporté, dans le dernier numéro de la *Gazette médicale*, un cas fort intéressant de cancer de l'estomac sans dyspepsie. Il a fait remarquer, avec raison, que les cas semblables ne sont pas extrêmement rares; et, s'il n'y a pas encore de cachexie apparente, si la palpation épigastrique laisse des doutes sur l'existence d'un néoplasme, on voit combien le diagnostic devient difficile. Un signe d'une haute importance, dans ces conditions, serait, d'après M. Lépine, la diminution de la valeur globulaire du sang.

Notre confrère a communiqué à la *Société des sciences médicales de Lyon* une observation qui se rapproche beaucoup de celle de M. Muselier. Il s'agit d'un malade, âgé de 64 ans, qui est resté quatre mois et demi en observation à l'hôpital, jusqu'au moment de sa mort et qui, par nombre de symptômes, ne paraissait nullement atteint d'un carcinome de l'estomac. En effet, l'appétit était excellent, il n'y avait pas de vomissements, le ventre était resté souple, et la palpation épigastrique ne révélait l'existence d'aucune tumeur. Le malade accusait simplement quelques aigreurs. Il avait toutefois le facies pâle, l'apparence cachectique. Mais on pouvait tout aussi bien croire à une anémie pernicieuse qu'à une lésion cancéreuse de l'estomac. L'examen du sang a levé les doutes avant que l'autopsie ne soit venue les résoudre.

M. Lépine, dans des recherches antérieures, a montré que, dans l'anémie grave, la valeur globulaire du sang reste normale et même peut être augmentée. Or, chez son malade, on ne trouva, à l'examen du sang, que deux millions de globules rouges. Cette diminution de la valeur globulaire n'est pas un fait isolé; elle serait constante, suivant M. Lépine, dans le cancer de l'estomac, et constituerait ainsi un élément précieux de diagnostic.

— La tachycardie paroxystique essentielle est venue récemment à l'ordre du jour de la *Société médicale des hôpitaux* et de la *Société de médecine de Paris*. Depuis que M. Bouveret a appelé l'attention sur ce syndrome morbide, les faits du même genre tendent à se multiplier. Mais, si on les rapproche les uns des autres, on voit de suite qu'il est permis de les diviser en deux catégories, suivant que le syndrome en question coïncide ou non avec un autre état pathologique auquel, de près ou de loin, on peut le rattacher.

L'observation communiquée par M. Debove à la *Société médicale des hôpitaux* peut être considérée comme représentant la forme typique. La malade, jeune fille de vingt-six ans, sans antécédents héréditaires, n'avait ni goître, ni exophthalmie, ni tremblement, ni anesthésie, ni hyperesthésie, ni aucun stigmate de l'hystérie ; elle n'offrait non plus aucun signe d'affection cardiaque. Depuis l'âge de 12 ans, elle était simplement sujette à des palpitations, survenant au moindre effort, mais cessant rapidement.

Quand M. Debove a été à même de l'observer, elle avait eu trois crises de tachycardie: la première il y a trois ans, la seconde il y a cinq ans, la troisième peu de temps avant son entrée à l'hôpital. Chaque fois la crise a débuté brusquement avec vertige et perte momentanée de connaissance, puis, à la reprise des sens, oppression, palpitations violentes, pâleur, faiblesse générale pendant plusieurs jours. Le cœur battait deux cents fois à la minute, et ces battements étaient assez intenses pour ébranler la paroi précordiale. Par contre, le pouls radial et le pouls fémoral étaient incomptables et imperceptibles.

Le pouls carotidien était facile à voir et à sentir. Les jugulaires n'étaient pas distendues ; ni souffle, ni augmentation de matité du côté du cœur. Quelques râles disséminés dans la poitrine, respiration à 36. Rate un peu tuméfiée ; léger œdème des malléoles. Oligurie au début ; plus tard polyurie. Un peu d'albumine, pas de sucre. Azoturie considérable, (34 grammes d'urée pour 800 grammes d'urine) suivie une quinzaine de jours après, d'hypoazoturie (7 grammes d'urée pour 7 litres d'urine). Température oscillant autour de 39° et même dépassant ce chiffre, signe, pour M. Debove, d'une fièvre nerveuse comparable à la fièvre hystérique où à celle du goître ophthalmique. Pupilles rétrécies pendant une quinzaine de jours.

M. de Beauvais a communiqué à la *Société de médecine de Paris* un fait qui présente les plus grandes analogies avec le précédent. Il s'agit d'une dame âgée de 36 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels qui puissent expliquer les accidents actuels. Elle n'a jamais eu ni névralgie, ni migraine, ni aucun symptôme hystérique. Pas de goître, pas d'exophthalmie, pas de tremblement. La percussion et l'auscultation ne révèlent rien du côté du cœur et des poumons. L'appareil digestif fonctionne régulièrement. Le foie, la rate, l'utérus sont à l'état normal.

Les premiers accès de la tachycardie remontent à dix ans. Rares d'abord, ces accès ont augmenté de fréquence depuis un an, et se manifestent actuellement deux fois par semaine. Ils durent habituellement 24 heures ; ils surviennent brusquement, sans cause, et cessent de même. Pendant ces accès, la malade éprouve un sentiment d'angoisse précordiale très pénible, de la dyspnée, de la tendance à la syncope, un refroidissement de la face, une sensation de chaleur sur tout le reste du corps. Par moments, quintes de toux suivies d'expectoration glaireuse. Quand l'accès cesse, il semble, dit-elle que le cœur se décroche, et les palpitations s'arrêtent instantanément.

Les deux faits qui précèdent, et auxquels on peut joindre ceux que MM. Huchard et Rendu ont relatés dans la discussion qui a suivi la communication de M. Debove, se rappro-

chent des observations de MM. Bouveret, Sollier, Samuel West, etc., et rentrent, avec ces dernières, dans la catégorie des cas auxquels convient la dénomination de tachycardie paroxystique essentielle ou idiopathique. Dans d'autres cas plus complexes où existent, soit des lésions du cœur, soit tout autre état morbide, la tachycardie peut n'être qu'un épiphénomène secondaire, sympathique ou symptomatique. Dans cette catégorie, nous rangerions les deux faits produits par M. Faisans, dans lesquels l'albuminurie avait précédé l'explosion des accès et se compliquait même, chez l'une des malades, d'insuffisance mitrale. Nous hésiterions de même à classer sous la rubrique de tachycardie essentielle les deux faits rapportés par M. Perrin à la *Société de médecine de Paris*. Dans l'un, en effet, il s'agissait d'un goutteux, dans l'autre d'une femme déjà vieille dont le système artériel pouvait être le siège d'une dégénérescence athéromateuse. Il est donc permis de dire, avec notre honorable confrère, « qu'on n'est pas en droit d'affirmer qu'aucune altération n'existait. »

Quoi qu'il en soit, la première catégorie de faits n'en reste pas moins, et, malgré l'opposition d'un homme cependant très compétent sur les maladies du cœur — nous avons nommé M. Duroziez, — il nous semble difficile de ne pas admettre une tachycardie paroxystique *essentielle*. M. Bouveret avait tendance à la considérer comme un trouble dynamique de pneumogastriques survenant en général sous l'influence d'un surmenage physique ou moral. MM. Huchard et Debove en font plutôt une névrose bulbaire ou bulbo-spinale. En effet, l'existence du sucre dans les urines est fréquente à la suite des accès tachycardiques, et un trouble du centre bulbaire ou bulbo-spinal peut seul expliquer les symptômes multiples et essentiels de la maladie à savoir; l'accélération des battements du cœur coïncidant avec l'abaissement de la pression artérielle, la fièvre, la polyurie, l'albuminurie, les phénomènes pupillaires, la mort par syncope, etc.

Le pronostic de la tachycardie paroxystique essentielle paraît relativement grave. Sur 11 cas qu'il a réunis, M. Bouveret a relevé 4 terminaisons fatales, dont deux par syncope et deux par collapsus asystolique. Dans le cas de M. Sollier, la mort a été subite. M. Faisans a perdu subitement aussi une de ses malades. Il n'est donc pas rare que les malades succombent à un accès. Mais, à côté des accès graves, il y en a de légers, qui peuvent se reproduire pendant de longues années sans mettre la vie des malades en péril. Ainsi, M. Huchard a cité un malade qui est atteint depuis 25 ans, et qui passe parfois deux ou trois ans sans avoir d'accès. Un malade de M. Charcot, tachycardique depuis fort longtemps et ayant eu de nombreux accès, a succombé, à l'âge de 80 ans, à des accidents étrangers à la tachycardie. En résumé, formes graves et formes légères; pronostic toujours réservé.

La thérapeutique abonde en moyens, d'autant moins puissants qu'ils sont plus nombreux. Nous nous bornons à les énumérer : compression des pneumogastriques (Bouveret), nitrite d'amyle (Samuel West), injections d'éther, de caféine, d'ergotine, pulvérisations de chlorure de méthyle sur la nuque (Huchard), digitale? (Debove), opium (Rendu, Faisans), valériane d'ammoniaque (Faisans), teinture de veratrum viride (Guyot). Les médications précédentes sont celles qui ont le mieux réussi aux auteurs désignés dans les cas particuliers soumis à leur observation; aucun d'eux ne saurait vouloir généraliser tel moyen qu'il a employé avec succès et qui a donné des échecs à d'autres. Cette remarque s'applique surtout à la digitale, sur l'emploi de laquelle on ne saurait, en pareil cas, se montrer trop réservé.

Dr F. de Ranse.

HYDROLOGIE MÉDICALE

UNE NOUVELLE STATION HYDRO-MINÉRALE : LES EAUX DE GENESTELLE

par Dr Ph. Bernard.

Le Vivarais, dont les montagnes pittoresques et sauvages ont été surtout popularisées, à notre époque, par les succès de Vals-les-Bains, renferme, au point de vue géologique et hydrologique, de nombreuses merveilles encore inexplorées et destinées, sans nul doute, à accroître le patrimoine, si riche déjà, de notre sol national.

La station de Genestelle, de découverte récente, renferme quatre sources : Marcelle, Cascade, Angéline et Bussy, qui méritent de fixer l'attention et auxquelles nous allons consacrer une courte étude.

Ces sources sont situées dans la vallée du Cendron, canton d'Antraigues, partie du Vivarais ayant (phénomène assez rare) échappé, jusqu'ici, à la furie des forages. Elles se font remarquer par une richesse inusitée en gaz acide carbonique, ce qui en rend le transport facile, la conservation illimitée, la saveur exceptionnellement agréable. L'acide carbonique sert, ici comme toujours, de « passeport » au fer.

Les affections de l'estomac, du foie et des reins, et principalement les dyspepsies flatulentes et irritatives, les ictères chroniques, la lithiase biliaire, les gravelles urique et phosphatique, trouvent dans les différentes sources de Genestelle, dont les indications thérapeutiques semblent analogues (la spécialisation, en tout état de cause, n'est point encore nettement élucidée par la pratique), un élément alcalin de haute valeur.

La source Angéline, notamment, est la vraie fontaine des goutteux anciens, débilités. C'est, du moins, l'opinion de notre savant confrère le Dr Claude Richard, dont nous pourrions publier, à cet égard, des observations concluantes.

Les autres indications les plus usuelles sont : la polysarcie, les hémorrhoïdes, les entérites anciennes, notamment les dyssenteries et fièvres intertropicales, que nos colons et nos soldats rapportent fréquemment du Tonkin et de la Cochinchine.

En régularisant la nutrition ralentie, et en excitant le processus hématopoïétique, les eaux de Genestelle conviennent aussi à la cure du diabète, cette maladie de l'assimilation.

La médication alcaline instituée par des eaux naturelles de cette valeur ne laisse au médecin, soucieux du *non nocere*, aucune arrière-pensée de dépression vitale possible. Après quelques jours de traitement, l'anémique et le neurasthénique ne sont plus en proie à la dyspepsie et ressentent une sédation et un bien-être inexprimables. Les combustions organiques et les oxydations nutritives se faisant plus activement, la vigueur revient bientôt aux systèmes nerveux les plus épuisés.

Cette action est d'autant plus précieuse qu'elle est exempte de tout inconvénient, les sources de Genestelle constituant, somme toute, des types excellents d'*eaux de table*, à la fois légères et toniques. On les emploiera avec succès, dans les vomissements des hystériques et des femmes enceintes, dans les fièvres graves où l'on institue la médication par le lait, et dans tous les cas de chloro-anémie, si communs dans l'existence à la vapeur, que mènent, à grande vitesse, les pâles habitants des villes.

Mieux que toute autre préparation martiale, l'oxyde et le bicarbonate de fer contenus dans les sources Marcelle, Cascade, Bussy et Angéline, sont capables de régénérer, sans péril, le sang appauvri et de corroborer le remontement vasculo-nerveux des atoniques et des asthéniques. Les convalescents, les femmes et les enfants en cours de croissance retirent de réels bienfaits de cette médication hydro-minérale si puissante.

Nous engageons donc nos confrères à prescrire comme eaux de table l'usage de ces excellentes sources, en attendant le jour (très

prochain, nous dit-on), où la vallée du Cendron, pourvue d'un établissement digne d'elle et de confortables constructions, permettra aux praticiens d'adresser leurs clients au *sanatorium* hydro-minéral de Genestelle.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique de France.

(*Séance du 5 janvier*)

M. Proust communique des renseignements sur l'épidémie de choléra qui a sévi au Japon depuis le mois de juin dernier. D'après ce rapport, la maladie a débuté dans la ville de Nagasaki, puis s'est répandue peu à peu dans la plupart des provinces de l'empire. Aujourd'hui, elle a presque cessé.

Le choléra fait, chaque année, son apparition au Japon, et exerce ses ravages sur la population indigène. Le nombre des Européens atteints est toujours très petit. Dans l'épidémie récente, on n'a eu à constater aucun cas parmi les résidents étrangers ; mais les navires de guerre ou de commerce, dans les différents ports, ont perdu environ une cinquantaine de personnes.

Du reste, comme dans les épidémies précédentes, le gouvernement japonais a pris toutes les mesures de préservation possibles, et il faut reconnaître que son service sanitaire est parfaitement organisé.

M. Proust lit ensuite un rapport de M. le Dr Bide, médecin en chef de l'hôpital Saint-Louis des Français, à Madrid, sur les origines du choléra qui a sévi l'an dernier en Espagne.

Ce rapport conclut que l'épidémie en question est le choléra morbus asiatique, lequel n'est pas né sur place, mais semble avoir été importé.

— Le tribunal correctionnel vient de condamner à trois mois de prison, 50 fr. d'amende, l'affichage et une insertion de la condamnation dans trois journaux, un boucher de Villejuif, pour avoir vendu de la viande tuberculeuse aux soldats du fort de Bicêtre.

NOUVELLES

Nécrologie. — Les obsèques de M. Baillarger ont eu lieu le dimanche 4 janvier, au milieu d'une affluence considérable. Les nombreuses Sociétés scientifiques et de bienfaisance dont il faisait partie y étaient représentées.

Les cordons du char funèbre étaient tenus, par MM. Tarnier, président de l'Académie de médecine, N. représentant de l'Assistance publique; Joffroy remplaçant M A. Voisin, médecin de la Salpêtrière, empêché; M. Bouchereau, président de la Société médico-psychologique; M. Blanche, vice-président de l'Association mutuelle des médecins de la Seine; M. G. Masson éditeur, ami de la famille. Des discours ont été prononcés sur la tombe, par MM. François Franck, Bouchereau et Blanche. Ceux de MM. Franck et Bouchereau seront insérés dans les *Bulletins de l'Académie* et dans les *Annales médico-psychologiques*, nous publions plus haut celui de M. le Dr Blanche.

— Le corps médical de Montpellier vient de faire une grande perte en la personne de M. Pécholier, qui a succombé le 28 décembre, à l'âge de 61 ans. Professeur agrégé, auteur de nombreux et importants travaux de thérapeutique, Pécholier fut présenté par la Faculté de médecine de Montpellier pour occuper la chaire de thérapeutique laissée vacante par la permutation de M. Grasset à celle de clinique médicale. Le choix de la Faculté ne fut pas ratifié en haut lieu. M. Pécholier en conçut un sentiment de découragement facile à comprendre. Mais il lui est resté l'estime et l'affection de tous ses confrères qui, par de-là la tombe, demeureront fidèles à sa mémoire.

— L'Ecole de médecine de Marseille vient aussi d'être cruellement frappée. M. Rampal, professeur d'anatomie à cette Ecole, président du Conseil d'hygiène, est mort le 26 décembre, à la suite d'une angine diphthéritique contractée près d'une jeune malade qu'il soignait depuis quelques jours. Notre regretté confrère est tombé ainsi sur notre champ de bataille à nous, médecins : honneur à sa mémoire, et joignons nos hommages à ceux qui ont été pieusement déposés sur le bord de sa tombe par les représentants des sociétés ou associations dont il faisait partie. M. Rampal avait 66 ans.

Faculté de médecine de Paris

PRIX LACAZE

Le prix est décerné à MM. les Drs Chantemesse et Widal.

PRIX JEUNESSE

Le prix est décerné à MM. Wurtz et Bourges.

PRIX BARBIER

Le prix n'est pas décerné. Deux récompenses de 300 fr. chacune sont accordées : 1° M. Janet pour un appareil de chirurgie; 2° à M. le Dr Lœwenberg pour un appareil destiné à mesurer la tension du tympan.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — *Thèses soutenues pendant les mois de novembre et décembre (année 1890-1891)*.

M. Collin : Nouvelle théorie sur le mode de production de la contusion générale. — M. Martin : Contribution à l'étude des contusions et déchirures du rein. — M. Pascal : Du rôle de l'insula de Reil dans l'aphasie. — M. De Coquet : Des néphrites sans albuminurie. — M. de Luzaret : La résection du nerf optique (procédé de de Wecker) comme traitement préventif et curatif de l'ophthalmie sympathique (migratrice). — M. Cornet : Du traitement intra-utérin et vaginal des salpingites. — M. Mongour : De la laryngectomie. Indications contre-indications, valeur thérapeutique, valeur opératoire, choix du manuel opératoire. — M. Réjou : Contribution à l'étude du traitement électrique des fibromes utérins. — M. Tardos : Critique du traitement abortif de la syphilis par la cautérisation et l'excision du chancre. — M. Friot : Etudes cliniques sur les aliénés dangereux, dit criminels.

Hôpitaux de Paris. — Le concours du prix de l'internat (chirurgie) est terminé. La *médaille d'or* est décernée à M. Legueu et la *médaille d'argent* à M. Arnould : une *mention honorable* a été accordée à M. Faure.

Corps de santé militaire

Activité. — Sont nommés : *Au grade de médecin principal de 1re classe* : M. Kiéner, médecin principal de 2e classe.

Au grade de médecin principal de 2e classe : M. Rouflay, médecin-major de 1re classe.

Au grade de major de 1re classe : MM. les majors de 2e classe : Choux, Morer, Renaut, Bachos, Burlureaux, Voizard, Girardin, Boutié, Bussenet, Villiés.

Au grade de major de 2e classe : MM. les aides-majors de 1re classe : Lassalle, Pesme, d'Audibert, Caille, du Bourguet, Mazeillé, Talayrach, Forgue, Jacquemin, Morin, Bordes-Pagès, Joire, Treillet.

Armée territoriale. — *Au grade de médecin-major de 2e classe* : MM. les Drs Berthelon et Michel.

Corps de santé de la marine

Activité. — Sont nommés : *Au grade de médecin de 2e classe* : MM. les Drs Ardeber et Peltier, médecins auxiliaires de 2e classe.

Réserve. — *Au grade de médecin de 1re classe* : M. Guérard de la Tuesnerie, médecin de 1re classe.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés :

Commandeur. — M. le Dr Papillon (médecin de l'armée active).

Officiers. — MM. les Drs Chauvel, Derazey, Dogny, Dubois, Kelsch, Longet (médecins de l'armée active); Bernard (médecin de l'armée territoriale); Beaumanoir (médecin de la marine).

Chevaliers. — MM. les Drs Dussiples-Le Sourd (de Paris); Guillabert (de Nice); Liermain (de Carvin); Tournon (d'Istres). Billot, Collin, Paymard, Desfargues, Dubujadoux, Duponchel, Durand, Gigon, Gross, Lazare, Lippmann, Longuet, Pozzo di Borgo, Sommeillier, Troy (médecins de l'armée active); Letessier (médecin de l'armée territoriale); Bertrand, Brou-Duclaud, Guyot, Jabin-Dudognon, Négadelle, Prat, Tardif (médecins de la marine).

— Un cours pratique de microbiologie commencera, au Laboratoire de M. le professeur Cornil, à la Faculté de médecine, le 15 janvier, à deux heures. Chaque élève sera exercé individuellement aux manipulations.

Se faire inscrire au Laboratoire.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie Hachette et Cie, boulevard Saint-Germain.

Nouvelle géographie universelle. *La Terre et les Hommes*, par Élisée Reclus. Tome XVII. *Indes occidentales Mexique, Isthmes américains, Antilles* Un magnifique volume, grand in-8°, contenant 3 cartes en couleurs. 100 cartes insérées dans le texte, 60 gravures sur bois. Broché. 25 fr.; richement relié avec fers spéciaux, tranches dorées, 32 fr.

Le tome XVI consacré aux États-Unis paraîtra en 1891.

Librairie G. Masson, boulevard Saint-Germain

Collection choisie des anciens syphiligraphes. Francisco Lopez de Villalobos. Sur les contagieuses et maudites bubas. Histoire et médecine. Salamanque. 1498. — *Traduction et commentaires*, par le Dr E. Lanquetin, chef adjoint du service médical du Chemin de fer de l'Ouest. Paris. — Prix : 4 fr.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 28 DÉCEMBRE 1890 AU 3 JANVIER 1891

Fièvre typhoïde, 15. — Variole, 0. — Rougeole, 9. — Scarlatine, 2.— Coqueluche, 9. — Diphtérie, croup, 39. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire. 218. — Autres tuberculoses, 29. — Tumeurs cancéreuses, et autres, 52. — Méningite, 24 — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 79 — Paralysie, 10. — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 71. — Bronchite aiguë et chronique, 109. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 178. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 42. — Fièvre et péritonite puerpérales. 4 — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 40. — Sénilité, 55. — Suicides et autres morts violentes, 21. — Autres causes de mort, 244. — Causes inconnues, 16. Total 1280.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. DE RANSE**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

REVUE GENERALE

DU SANG DANS LA DÉFENSE DE L'ORGANISME CONTRE LES INFECTIONS.

par H. Barbier.

Les propriétés physiologiques qu'on reconnaissait au sang jusqu'à ces dernières années, se sont trouvées singulièrement augmentées par les connaissances récemment acquises, au sujet du rôle que ce milieu liquide peut jouer dans la défense de l'organisme contre les infections : nous voulons parler de ce qu'on a appelé la phagocytose et l'état bactéricide du sang.

Les différents éléments du sang —figurés ou liquides— concourent, chacun de leur côté, à la réalisation de ces états, dans lesquels cependant on n'entrevoit guère le rôle qui pourrait être attribué aux globules rouges du sang.

Nous avons déjà entretenu nos lecteurs, à propos de la communication du professeur Bouchard au Congrès de Berlin (1), de l'état bactéricide, mais d'une façon tout incidente, et sans grands détails ; nous nous réservons d'insister aujourd'hui un peu plus longuement sur ce sujet.

I

L'état bactéricide du sang, selon la définition que M. Bouchard (2) en a donnée, est cet état particulier « qui non seulement tue, ou dissout les microbes, mais qui ralentit leur naissance ou leur multiplication, entrave leur nutrition, amoindrit leurs fonctions ».

Cet état pourrait se concevoir de deux façons. On pourrait le considérer comme un acte vital constitué par une lutte des cellules contre les microbes, lutte dans laquelle ceux-ci seraient dissous, dévorés par celles-là, ou comme résultant d'une modification chimique des milieux vivants.

Les micro-organismes, pour se développer, demandent plusieurs conditions (et par développement nous entendons par-

(1) Voir *Gazette médicale de Paris*, no 33, 1890 (Bulletin).
(2) Bouchard. *Congrès international de Berlin. C. R.* 1890.

ler non seulement du développement en nombre, mais en *virulence*) ; ces conditions, variables pour les différentes espèces que nous connaissons, sont contenues dans ce qu'on appelle *les milieux de culture favorables* à telle ou telle espèce : ce sont les substances chimiques qui entrent dans la composition du milieu liquide ou solide, d'une part, et d'autre part les conditions physiques de température, de lumière et, dans lesquelles le développement se produit.

Or, en ce qui concerne les milieux chimiques, « quand on sait quelles minimes différences dans la composition chimique des milieux inertes rendent plus ou moins active la végétation des microbes ; quand on peut, par l'addition ou la soustraction de faibles doses d'une substance chimique, arrêter toute manifestation de la vie bactérienne ou la laisser subsister en imposant au végétal des modifications considérables dans la rapidité de sa pullulation, dans sa forme, dans ses fonctions et en particulier dans celles de ses fonctions chimiques qui constituent sa virulence ; quand on fait ainsi subir à la bactérie des dégénérescences ou des atténuations qui peuvent se continuer héréditairement pendant un temps plus ou moins long ; même quand on la replace dans son milieu accoutumé ; quand, par d'autres modifications du milieu inerte, on peut au contraire augmenter l'intensité de la vie du microbe, restituer et même exalter sa virulence, on comprend que les différences dans la composition des humeurs des animaux vivants puissent produire les mêmes résultats. Et en effet, pour des raisons purement chimiques et nullement dynamiques, suivant les humeurs et suivant les espèces ou les races animales qui fournissent ces humeurs, les bactéries qu'on y sème peuvent être tuées et même dissoutes, ou simplement empêchées dans leur développement ; ou bien elles peuvent atteindre un très haut degré d'intensité dans leur vie et leur fonctionnement ; enfin, entre ces deux extrêmes, elles peuvent présenter tous les degrés de l'atténuation.

L'état microbicide du sang semble donc tenir aux variations des substances chimiques qu'il contient et ce en dehors de l'intervention de toute cellule, de tout acte vital. C'est ce qui ressort d'ailleurs de certains faits dans lesquels on a pu constater que les tissus et humeurs d'animaux, rendus réfractaires, constituent des milieux stériles pour certaines espèces de bactéries, lorsqu'on les emploie après la mort de l'animal et séparés par filtration de tout élément figuré (Bouchard). Cette constatation ne constitue pas une loi générale, mais du moins renferme-t-elle une part des conditions de résistance individuelle à l'infection, les autres relevant de la vie elle-même et des actions cellulaires.

Cette action des substances chimiques sur le développement des cultures a d'ailleurs été constatée sur une grande quantité de germes, et c'est un fait de connaissance vulgaire aujourd'hui, sur lequel il est inutile d'insister plus longtemps.

Mais ce qu'il est plus important de relever, c'est l'action exercée par certains microbes pathogènes ou non, ou par leurs produits solubles, sur la virulence d'autres espèces. Là est la

clef des associations microbiennes. C'est ainsi que Manti a montré que certains microbes dépourvus de virulence tels que le pneumocoque de Frænkel, le streptocoque pyogène, et le staphylocoque, peuvent la récupérer lorsqu'on leur adjoint les produits de culture de certaines espèces saprogènes — bactéries de la putréfaction, et en particulier le proteus vulgaris. De son côté Roger (1) a trouvé qu'on peut rendre virulents le pneumocoque et le streptocoque atténués en injectant en même temps que ces microbes une ou deux gouttes d'une culture atténuée de prodigiosus, ou un extrait glycériné de cette culture. Même remarque a été faite par lui à propos des ferments. L'injection dans les veines du lapin d'une dose de 0,005 milligr. de pepsine suffit pour abolir l'immunité de cet animal vis-à-vis du pneumocoque atténué et du charbon symptomatique.

Ces faits sont du plus haut intérêt et permettront peut-être d'expliquer la réceptivité morbide, en la considérant comme l'atténuation passagère de l'immunité contre telle ou telle infection.

L'action microbicide de nombreuses substances est, comme nous le disions à l'instant, amplement prouvée pour un bon nombre d'entre elles. Mais parmi celles qui se sont montrées douées du pouvoir bactéricide, il en est une qui offre un intérêt tout spécial en ce sens qu'elle n'est pas un poison et qu'elle fait partie du groupe des principes chimiques qu'on rencontre dans le sang : c'est l'albumine du blanc d'œuf.

Dans un travail provenant du laboratoire de M. le professeur Straus (2), Wurtz annonçait que le blanc d'œuf a une action bactéricide manifeste principalement sur le bacillus anthracis. Au bout d'une heure de séjour à 38° le bacille est tué, non seulement dans ses formes bacillaires et filamenteuses, mais encore dans ses formes sporulées. L'action bactéricide s'est montrée moins marquée, quoique manifeste, sur le spirille du choléra, sur le microbe du choléra des poules, sur le bacille d'Eberth, sur le bacille pyocyanique, sur le staphylococcus pyogènes aurens et sur le bacillus subtilis.

Cette propriété du blanc d'œuf de poule est d'ailleurs limitée, et ne se manifeste plus si on ensemence une grande quantité de culture. Malgré cette restriction, et bien que les auteurs (Maffruci, Hueppe) aient réussi à cultiver dans l'œuf des microbes pathogènes, le fait n'en est pas moins intéressant, et permet d'entrevoir le rôle joué par les albumines du sang dans la résistance à l'infection.

Mauvaises conditions de culture, action spéciale des substances albuminoïdes on autres sur les propriétés vitales des microbes, tels sont les obstacles que rencontrent tout d'abord ceux-ci dans un milieu réfractaire. Mais nous verrons que l'état bactéricide ne se borne pas là, et qu'il se manifeste non seulement contre le microbe figuré, mais contre les produits de culture de celui-ci.

En 1888, MM. Nuttal et Flügge (3) établissent, d'après leurs expériences, que le sang de certaines espèces animales est capable, dans certaines circonstances, de déterminer différentes espèces de bactéries ; à la 62e réunion des naturalistes et médecins allemands, *Buchner* (4) confirma ce fait. Il constata en outre que certaines espèces de bactéries périssent rapidement quand on les met en suspension dans du *serum sanguin* défibriné. C'était démontrer que c'est dans le sérum que réside le pouvoir bactéricide. Buchner prouva ensuite que l'action parasiticide est liée à la présence de l'albumine intacte, et non à l'action de telle on telle substance chimique, l'action de la chaleur prolongée, à 55°, faisant perdre à l'albumine son pouvoir parasiticide, de même que si on la dialyse avec de l'eau. Il montra enfin que cette action parasiticide est entraînée ou abolie, lorsque le sérum renferme les produits de dissolution des globules rouges. Ce point, qui n'a été signalé que par lui, mériterait des recherches confirmatives.

Dans la même séance, Lubarsch apporte le résultat de quelques expériences qu'il avait faites au sujet de l'action microbicide du sérum sur le bacille charbonneux. Mais cette action serait beaucoup plus manifeste *in vitro* que dans le torrent circulatoire, puisqu'on réussit à faire périr à bref délai les animaux avec des quantités de bacilles charbonneux qui seraient rapidement détruites au contact du sérum de ces animaux mis dans un verre à culture ; cette anomalie s'explique quant, d'après *Lubarsch*, par ce fait que les bactéries quittent rapidement le torrent circulatoire et échappent ainsi à l'action du sérum.

Les recherches que nous venons de signaler, rapprochées de celles de Grohmann et de Nissen, de Petruchky, n'avaient eu qu'une première sanction, c'était la constatation pure et simple d'un fait : que *le sérum sanguin d'animaux normaux est un milieu peu favorable au développement des microbes*. On n'avait pas songé jusque-là à comparer le sérum des animaux vaccinés avec le serum des animaux non réfractaires, ou si M. Nuttal avait essayé de le faire, ses expériences n'étaient pas assez nombreuses pour qu'il en ait pu tirer des conclusions. Ces faits d'ailleurs, disons-le de suite, ne devaient pas avoir pour sanction d'expliquer pourquoi telle espèce animale est on non prédisposée à telle maladie infectieuse, en d'autres termes on n'avait pas là la clef de l'explication de *l'immunité naturelle*.

Les expériences de Metchnikoff, celles que nous avons signalées de Lubarsch, celles de Gamaleia, de Charrin et Roger, devaient en effet bientôt montrer que le sang des animaux naturellement réfractaires, ainsi que leurs tissus, à l'action d'un microbe, pouvaient être un excellent milieu de culture pour ce microbe, et que par conséquent, « l'immunité naturelle ne dépend pas de l'état bactéricide et que la réceptivité n'est pas liée à l'absence de l'état bactéricide. » (Bouchard, *loc. cit.*)

Mais ce qui n'était pas applicable à l'immunité naturelle devait recevoir une application merveilleuse aux faits *d'immunité acquise*, et permettait d'entrevoir le mécanisme intime de la *vaccination*.

(*A suivre*).

CLINIQUE MÉDICALE

HOPITAL BROUSSAIS. — M. LE Dr BARTH.

DE LA CIRRHOSE CARDIAQUE.

Leçon recueillie par M. R. Faure-Miller, interne du service.

(*Suite et fin*) (1).

L'étude de ces trois cas, et c'est pour cela que j'ai insisté sur les symptômes qu'a présentés chacune de nos malades, l'étude de ces trois cas fait ressortir clairement ce point, capital en l'espèce, que les phénomènes cardiaques ont été les premiers en date. Nous constatons une affection mitrale primitive, avec arythmie, asystolie, etc. ; mais le foie a fini par prendre la prédominance, et ce sont les symptômes

(1) Soc. de biologie. C. R., 31 mai 1890.
(2) *Comptes rendus de la Société de biologie*, 11 janvier 1890.
(3) *Zeitschrift fur hyg.*, t. II. 1888.
(4) *Comptes rendus*. Voir *Journ. des Soc. Scientif.*, 1889, n° 43, et *Centralblatt f. bactériologie*, juin 1889.

(1) Voir le précédent numéro.

hépatiques, qui, en dernier lien, attirent l'attention et nécessitent tous nos soins. Le foie était peu perceptible au palper dans les premiers temps; mais, à la suite de congestions répétées, dans l'intervalle desquelles il n'a jamais pu reprendre le volume antérieur à la précédente crise, il a fini par rester gros et dur; un travail de sclérose est apparu, traduit par une hépatite interstielle chronique. Puis se sont établis les signes de la véritable cirrhose avec une ascite non point due à une réelle insuffisance circulatoire, mais à une imperméabilité presque absolue du foie rendant extrêmement difficile la circulation porte. Cette cirrhose, d'abord secondaire quant à son importance, occupe maintenant le premier plan, de telle sorte qu'un médecin non prévenu, appelé auprès du malade pour porter un diagnostic, pourrait ne pas savoir auquel des viscères, cœur ou foie, il devrait donner la priorité.

Ces faits ne sont point rares; nous en avous vu dans le service plusieurs que nous avous pu suivre jusqu'à l'autopsie et complétant ainsi l'examen clinique par l'examen *post-mortem*. La cirrhose cardiaque est, en fait, assez aisément reconnaissable en clinique; ce qui est moins net, c'est l'interprétation que l'on fait de sa nature, de son anatomie pathologique, de sa pathogénie et de son développement; en somme, elle est assez mal connue et assez mal interprétée.

Et cependant, au premier abord, toutes ces données semblent faciles à résoudre. La lésion cardiaque augmentant, la tension veineuse doit suivre une marche parallèle; il se produit de l'œdème périphérique et viscéral, surtout dans le foie, la circulation hépatique étant intimement liée à l'état du cœur, principalement quand il existe de la stase dans le cœur droit. Rappelons-nous, en effet, que l'abouchement des veines sus-hépatiques dans la veine cave se fait à peu de distance du cœur.

La stase veineuse s'établit donc aisément dans le foie à la suite des lésions cardiaques. Cela a lieu dans tous les cas. Le foie se soumet d'abord passivement à cette influence, et, si l'affection cardiaque est combattue, puis vaincue, la stase disparaît, la dilatation vasculaire mécanique cède et le foie revient sur lui-même.

Mais la stase ne suffit point à expliquer l'hépatite interstitielle: il y a autre chose. Ce qui le prouve, c'est que cette lésion ne se produit point chez tous les malades. Les phénomènes cliniques, évidemment, sont les mêmes partout; le foie est distendu, augmenté de volume; il existe de battements hépatiques, battements très comparables au pouls veineux des jugulaires; puis il revient sur lui-même, une fois la crise passée.

Dans ces cas, l'on trouve rarement de l'ascite; quand elle existe, c'est un phénomène d'anasarque généralisée, et l'on peut noter alors en même temps de l'épanchement séreux, soit du côté du péritoine, soit du côté des plèvres, soit de telle autre séreuse.

Chez d'autres malades, le foie se prend davantage à la suite de chaque attaque d'asystolie, et chaque fois il devient plus malade; ses lésions s'établissent permanentes; il est gros, volumineux; à son tour, il est l'origine d'autres complications qui priment les accidents cardiaques, et la lésion hépatique finit par évoluer pour son compte, au premier plan. C'est alors qu'apparaissent ascite, épistaxis, hémorrhoïdes, insuffisance biliaire, avec ictère ou subictère, ce qui est plus rare. En un mot ce sont là tous les symptômes d'une cirrhose, et si l'on ne savait point que le cœur a été le premier atteint, l'on ne penserait guère qu'à une affection hépatique.

Pourquoi cette différence entre les classes de malades? Pourquoi les lésions hépatiques s'accentuent-elles chez les uns à chaque accès d'asystolie, tandis que le foie revient sur lui-même à peu près complètement chez les autres? Cela est fort difficile si l'on ne veut expliquer les choses que par les lois de l'hydraulique, par la tension que crée chaque crise dans le territoire veineux viscéral. Mais la tâche devient plus aisée, si l'on veut bien admettre, et il faut toujours en revenir là, si l'on veut bien admettre une susceptibilité spéciale et individuelle des organes de chaque malade. Chez l'un ce sera le rein; chez un second l'estomac; chez un troisième le cœur; chez un autre enfin, le foie, qui réagira et qui fléchira le plus vite devant l'agent pathogénique. Et si à la stase vasculaire s'ajoute l'intervention de sels toxiques retenus dans le courant sanguin, et par suite insuffisamment éliminés, il se produira une réaction spéciale des organes selon leur susceptibilité héréditaire ou acquise.

Je crois, en effet, que l'on peut établir en loi que les organes s'altèrent non point seulement par raison mécanique, mais aussi selon leur susceptibilité propre; et, dans l'espèce, le foie ne devient cirrhotique, sous l'action du trouble cardiaque, que s'il a été déjà lésé antérieurement, ou s'il est déjà frappé d'une tare quelconque, héréditaire ou acquise.

Reportons-nous aux observations des trois malades dont nous avons parlé au commencement de notre conférence, et voyons si, dans leurs antécédents, nous ne retrouvons point quelques faits qui confirment cette manière de voir et nous autorisent à y insister un peu plus longuement.

La première d'entre elles est de souche goutteuse; elle est franchement arthritique. Or vous savez avec quelle facilité, dans ces circonstances, le foie se laisse passivement congestionner et devient le siège d'une hyperémie fonctionnelle dont l'aboutissant ultime sera la cirrhose.

Notre seconde malade n'offre aucun antécédent arthritique, et, dans cet ordre d'idée, nous n'avons rien pu noter qui nous ait mis sur une trace de goutte ou de rhumatisme. Mais c'est une saturnine, héréditaire d'abord, car tous les membres de sa famille polissent les caractères d'imprimerie, et lentement acquise ensuite, car elle a le même métier. Or, dans le saturnisme, le foie est un des premiers sinon le premier viscère pris, de ce qu'il est chargé de la dépuration des produits de la digestion où se trouvent les poussières plombiques. Il s'ensuit que le foie, irrité chroniquement, a réagi d'une façon pour ainsi dire élective quand il s'est trouvé soumis à l'influence des troubles circulatoires cardiaques.

Chez notre troisième malade enfin, celle dont j'ai suivi le cas à l'hôpital Tenon, nous trouvons des antécédents hépatiques propres. A l'âge de trente-cinq ans, elle a souffert de coliques hépatiques, et, à plusieurs reprises, a subi des poussées d'ictère ou de subictère. Le foie était donc déjà malade; il y avait eu des accidents antérieurs de lithiase biliaire. Sur ce foie prédisposé la stase cardiaque a fortement agi, une sorte d'inflammation chronique s'est déclarée et, à sa suite, s'est développé le travail d'organisation conjonctive appelé cirrhose.

Cette notion si importante de physiologie pathologique nous explique, en même temps que la localisation sur le foie du processus scléreux, les variabilités extrêmes qui existent dans les lésions anatomo-pathologiques, variabilités qui ont conduit les auteurs à des descriptions si différentes, et les ont amenés à envisager, selon leurs théories et leurs opinions, la nature de cette lésion et ses systématisations anatomiques.

Cornil et Ranvier, puis Sabourin, ont été frappés des lésions consécutives à la stase des lésions du foie muscade. Selon ces auteurs, il se produit d'abord une dilatation des veines centrales ou sus-hépatiques; au microscope, la coupe d'une de ces veines est entourée d'une zone claire; à la périphérie une

zone foncée correspond aux espaces portes qui entourent la veine centrale.

A la suite de la dilatation des veines sus-hépatiques se produit celle des capillaires adjacents; ceux-ci, comprimant le parenchyme hépatique au pourtour de la veine, en réduisent la masse, ce qui donne l'apparence de la zone claire. Bientôt se constitue un certain degré d'épaississement scléreux des parois des capillaires, processus scléreux qui va dans la suite s'étendre plus loin encore; c'est ce que ces auteurs appellent « sclérose centro-lobulaire ». A la périphérie du lobule les lésions conjonctives sont nulles ou à peine accusées, il n'existe guère qu'une dégénérescence graisseuse des cellules, peu avancée du reste.

Les auteurs étrangers émettent une opinion un peu différente. Liebermeister, Stokes, Jones, Wickham Legg, et, en France, Talamon, ont surtout en vue la cirrhose vulgaire à la périphérie, et cela en première ligne. « Il faut, dit M. Talamon, distinguer deux ordres de lésions : celles qui tiennent à la périartérite et qui rentrent dans la classe des altérations générales fibroïdes ou scléreuses, formant le substratum anatomique de ce qu'on appelle la diathèse fibroïde : ce sont des lésions concomitantes; celles qui tiennent à la lésion cardiaque même et qui sont le résultat de la gêne circulatoire de tout le système veineux hépatique : 1° lésions intralobulaires : dilation et sclérose de la veine centrale; dilatation des capillaires, aplatissement des cellules; 2° lésions extralobulaires : prolifération embryonnaire de l'espace porta et cirrhose plus ou moins étendue pouvant aller jusqu'à la cirrhose multilobulaire vulgaire ».

Vous voyez que les deux systèmes diffèrent, et cependant il me semble que chacun d'eux contient une partie de la vérité et que l'on peut les mettre d'accord en disant que la cirrhose cardiaque est une cirrhose diffuse.

A l'œil nu, l'aspect est toujours le même; le foie est toujours plus volumineux que normalement; sa surface est lisse ou ne présente que de faibles inégalités. A la coupe, l'on constate une disposition spéciale des espaces portes et des veines sushépatiques qui produit ce qu'on appelle le foie muscade.

C'est une sorte de marbrure constituée par des alternatives de jaune et de rouge. Le rouge est situé au centre du lobule; il correspond à la veine sus-hépatique gorgée de sang, ainsi qu'aux capillaires qui en sont le plus rapprochés. Cette zone rouge est entourée d'un anneau jaunâtre ou brun grisâtre, correspondant à la périphérie du lobule et constitué par des cellules normales et altérées, très souvent en dégénérescence graisseuse.

Telle est l'apparence à l'œil nu. Les lésions semblent bien tranchées et la substance même du foie paraît dissociée. Mais l'examen microscopique montre que, au contraire, il y a là des lésions diffuses. En même temps qu'au centre du lobule, il y a très souvent à la périphérie des lésions de cirrhose diffuse.

Pour bien comprendre la disposition de ces lésions scléreuses, il faut remonter à la pathologie physiologique et à l'étiologie première. Ces lésions, vous ai-je dit, sont diffuses, mais avec certaines particularités. Que le malade ait été atteint d'artério-sclérose antérieurement à l'état actuel, c'est autour de l'artère hépatique qu'apparaîtra l'épaississement conjonctif et c'est de ce point qu'il s'étendra; qu'au contraire il soit un alcoolique, c'est autour des radicules de la veine porte que s'accentueront les lésions; qu'il ait été, avant les phénomènes hépatiques qui nous occupent, affecté d'accidents de lithiase biliaire, c'est autour des canalicules biliaires que la cirrhose se développera, ainsi que l'on peut le constater dans la cirrhose hypertrophique de Hanot.

Ces quelques mots vous ont assez bien fait voir que toutes les causes peuvent se combiner dans la cirrhose cardiaque, et que, dès lors, on constate le plus souvent des lésions diffuses, mais lésions différant de la cirrhose diffuse proprement dite en ce que la modalité spéciale au sujet intervient et amène une prédominance sur tel ou tel point, en ce que le processus est modifié selon que le foie a été biliaire, saturnin, alcolique, arthritique.

Les caractères cliniques de la cirrhose cardiaque vous ont été signalés en commençant, quand nous avons étudié nos trois malades, aussi passerons-nous rapidement sur ce chapitre et nous contenterons-nous d'un court résumé.

On la voit surtout chez les asystoliques; alors on constate de l'augmentation du volume du foie. Il existe aussi assez souvent des battements hépatiques, mais seulement au début, quand il n'y a que de la congestion simple et pas encore de sclérose. Il en est de même des sensations pénibles ou douloureuses, telles que pesanteur, tension au niveau de l'hypochondre droit, oppression causée par gêne du diaphragme.

Quand les accès d'asystolie se sont plusieurs fois répétés, le volume du foie peut devenir plus considérable encore, et dans les violentes poussées congestives, il dépasse de beaucoup les fausses côtes et descend quelquefois jusqu'à l'ombilic ou même au-dessous.

L'ascite est un symptôme habituel; peu abondante dans les premiers temps, où elle ne se produit guère que par suite de la gène de la circulation veineuse, elle se produit plus tard en quantité considérable et hors de proportion avec les autres hydropisies. C'est qu'alors, en plus de la circulation veineuse générale gênée, intervient une obstruction locale, une gêne de la circulation porte par suite de l'engorgement viscéral et de la sclérose hépatique. Cette ascite se reproduit très vite et, ainsi que nous l'avons constaté dans nos observations, il est nécessaire de pratiquer souvent la ponction ; mais il faut ajouter que une thérapeutique bien dirigée peut, sinon arrêter ce développement, au moins en éloigner les effets nuisibles.

Dans tous ces cas, le foie est augmenté de volume, il est sclérosé; il est cependant rare que cette sclérose entraîne à sa suite l'atrophie du viscère. Evidemment elle pourait y aboutir, si le malade durait assez longtemps. Mais elle n'a point le temps de se produire car le malade, atteint de plusieurs côtés à la fois, meurt avant que l'évolution des lésions se soit accomplie. Et d'autre part, ce n'est pas une lésion systématisée, comme on le voit au contraire dans la cirrhose classique, où se produit la rétraction inodulaire.

En somme le diagnostic de la cirrhose cardiaque est assez aisé à faire, si l'on suit l'évolution des phénomènes et que l'on ait affaire d'abord devant soi un cardiaque qui devient progressivement hépatique. Les manifestations hépatiques, légères d'abord, intermittentes si je puis m'exprimer ainsi, ne tardent pas à prendre une prédominance marquée sur les symptômes cardiaques.

Mais, si l'on a à examiner un malade arrivé à une période avancée et qu'il ne présente que les seuls symptômes cirrhotiques, tandis que le cœur au repos ne va pas mal et que l'on n'y constate qu'un souffle plus ou moins accusé, alors l'on peut à juste titre être embarrassé. En interrogeant le malade avec soin, en recherchant minutieusement ses antécédents pathologiques, l'on apprend que les phénomènes d'anasarque ont précédé l'apparition de l'ascite et qu'une affection cardiaque primitive a procédé une affection hépatique secondaire. De plus, on retrouve d'autres caractères des cirrhoses mixtes, ce qui confirme l'idée de cirrhose cardiaque.

De toutes les considérations que nous venons d'émettre

devant vous, découlent des déductions thérapeutiques; et celles-ci doivent être établies de bonne heure, car chez beaucoup de malades la lésion cardiaque peut être combattue et même arrêtée, tandis que la lésion hépatique, une fois établie, suit une marche progressive, ne peut être enrayée, et se trouve être très souvent la cause de la mort. L'un des premiers soins du médecin est donc de surveiller attentivement le foie chez les cardiaques qu'il traite, et cela surtout dans la clientèle de la ville où l'on voit le plus souvent les maladies à une époque moins avancée qu'on ne le fait à l'hôpital. Alors le médecin peut quelque chose et, si le traitement est approprié, il pourra enrayer la marche en avant de la lésion.

Si donc, chez un malade, après une ou plusieurs attaques de rhumatisme ou d'un autre maladie qui peut porter sur le cœur, vous constatez l'apparition de manifestations mitrales, pensez toujours, en suivant le cas, à examiner l'hypochondre droit, et sachez soigner le foie aussi bien que le cœur.

Il faut prévoir l'irritation hépatique et il faut éloigner et supprimer toutes les causes qui pourraient amener l'hyperémie de cet organe. Insistez beaucoup sur le régime de votre malade; défendez rigoureusement les alcools et administrez *larga manu* les alcalins. Quand le foie se gonfle et que par conséquent vous craignez l'engorgement du viscère, n'hésitez pas à ordonner des purgatifs. Si, après une attaque d'asystolie que vous n'avez pu empêcher, le foie reste gros, que la congestion hépatique vous semble intense avec dyspnée et douleurs, il faut une intervention plus énergique et c'est alors que la révulsion se trouve indiquée : application de sangsues ou de ventouses scarifiées sur la région du foie.

Vous conseillez en même temps le calomel à la dose de 40 à 50 centigrammes par 24 heures et cela pendant trois à cinq jours; c'est là un excellent diurétique généralement très bien toléré. Vous emploierez encore avec succès le podophyllin, les eaux salines chaudes, les eaux de Chatel-Guyon ou de Carlsbad. Par ces moyens on arrive à dégorger le viscère hypérémié et l'on retarde ou l'on empêche l'apparition d'une cirrhose dont les effets, ainsi que nous avons pu en juger, sont des plus graves.

A une période plus avancée, avec un foie dur et point d'ascite, réglez le traitement selon l'état de votre malade; choisissez des maux le moindre; si le malade est déjà très détérioré, attendez pour appliquer une thérapeutique active car celle-ci ne pourra que l'affaiblir davantage. Mais s'il est vigoureux, n'hésitez pas à le traiter énergiquement; vous le remonterez par les moyens que je viens de vous indiquer et vous apporterez une aide précieuse aux radicules de la veine porte qui deviendront plus perméables; en outre, l'irritation locale diminuant ou même disparaissant, vous mettrez obstacle au développement de la cirrhose dont le terme est, vous le savez, la mort à une époque plus ou moins éloignée.

REVUE DE THERAPEUTIQUE

LE REMÈDE DE KOCH DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS TUBERCULEUSES.

(*Suite*) (1).

XVII. — Cinq cas de lèpre traités par le remède de Koch, par M. le Dr Goldschmidt, de Madère. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1891, n° 2, p. 23.)

XVIII. — Influence du remède de Koch sur les échanges nutritifs chez les tuberculeux, par le Dr F. Hirschfeld. (*Ibidem* p. 29).

XVII. — Des cinq cas de lèpre, qui ont fait l'objet des expériences de M. Goldschmidt, quatre appartenaient à la forme tuberculeuse et 1 à la forme anesthésique.

Un des quatre premiers cas était de date récente, les autres duraient depuis plus de douze ans. L'auteur donne une relation sommaire des cinq expériences. Les conclusions suivantes résument les résultats qu'il a obtenus :

1° Des doses de lymphe inférieures à 1 milligramme n'ont produit aucune réaction ;

2° Dans les trois premiers cas, une injection de 1 milligramme de lymphe a été suivie, au bout de plus d'une heure, d'une réaction générale ; dans deux cas il y a eu en outre une réaction locale ;

3° Des doses de lymphe supérieures à 1 milligramme et inférieures à 1 centigramme ont produit une réaction fébrile dans les quatre cas de lèpre tuberculeuse, et en outre une réaction locale assez prononcée dans un de ces cas ;

4° Des restrictions doivent être apportées à la prétention qu'on a eue de faire servir le nouveau remède au diagnostic de la tuberculose, étant donné que les injections de lymphe développent une réaction dans les cas de lèpre ;

5° Il n'y avait aucune raison d'admettre que, dans les quatre premiers cas, la réaction consécutive aux injections de la lymphe de Koch fût imputable à quelque foyer latent de tuberculose ;

6° Le contact immédiat du remède avec la peau lépreuse semble irriter fortement celle-ci, plus fortement que la peau saine ;

7° Les foyers de lèpre occupant des muqueuses ne présentent aucune trace de réaction, à la suite des injections du remède ;

8° Les foyers lépreux des nerfs ont trahi leur présence par une réaction générale et par une légère réaction locale ;

9° Dans l'un des cas de lèpre tuberculeuse, la réaction s'est accompagnée de poussées fébriles vespérales progressives, ce qui tenait peut-être à ce que l'affection lépreuse avait envahi presque toute l'étendue du tégument externe.

Ces résultats sont à rapprocher de ceux de M. Arning (1), dont il a été rendu compte dans le dernier numéro de ce journal (p. 18).

Notons en passant que M. Goldschmidt paraît être dans l'ignorance ou ne tenir aucun cas de l'opinion qui rattache la lèpre à la tuberculose.

XVIII. — Les résultats des recherches de M. Hirschfeld peuvent se résumer dans ces quelques mots : lorsqu'elles entraînent une réaction fébrile, les injections du remède de Koch impriment une suractivité à la désassimilation de l'albumine organisée.

Quand cette désassimilation atteint un degré considérable, ce résultat devra être mis sur le compte d'une insuffisance de l'alimentation, qui est également responsable de la perte de poids corporel constatée en pareils cas.

E. Ricklin.

(1) Voir les numéros 48, 49, 51, 1890 et 2 de 1891.

(1) *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1890, n° 50, p. 1,169.
L'indication de la source du travail de M. Arning avait été oubliée par mégarde.

REVUE DES JOURNAUX

I. — OBSERVATIONS ET RECHERCHES CONCERNANT L'ÉTIOLOGIE DE LA LÈPRE, par le Dr BEAVEN RAKE. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1891, n° 2, p. 25.)

II. — SUR LA TRANSMISSIBILITÉ DE LA LÈPRE, par le Dr F. WESENER. (*Beiträge zur pathologischen Anatomie, etc.*, von Ziegler, t. VII, p. 615.)

I. — Dans ce travail, M. Beaven Rake, chargé de la direction médicale de la léproserie à la Trinité, passe successivement en revue les points suivants :

1° *La question de la contagion.* — On a attaché une grande valeur au cas du révérend père Damien, mort de la lèpre à Malaga, dans le cours de l'année dernière, et à celui d'un prisonnier du nom de Klann, qui a été affecté de la lèpre trois ans après avoir été inoculé par le Dr Arning. Or, les deux cas sont survenus dans un pays où la lèpre règne à l'état endémique. D'autre part, une enquête faite par le Dr Swifs (*British medical Journal*, 19 avril 1890, p. 917) a établi que parmi les ascendants de Klann, plusieurs avaient été affligés de la lèpre.

Depuis une vingtaine d'années, on a pu recueillir en grand nombre, à la léproserie de la Trinité, des faits qui parlent contre la contagiosité de la lèpre.

Ainsi, depuis l'année 1868, le service médical intérieur a été confié à des sœurs dominicaines, d'origine française ; jamais aucune n'a contracté la lèpre, pendant ce long laps de temps. M. Rake cite notamment le cas de la sœur chargée de la pharmacie, qui depuis vingt-deux ans n'a été absente de la léproserie que pendant une huitaine de jours, qui pansait les lépreux les plus atteints, et qui est restée indemne.

M. Rake a essayé d'inoculer des tubercules à 34 sujets de notre espèce, sans un seul résultat positif. Malheureusement, ces expériences n'ont qu'une signification restreinte, car tous les sujets inoculés étaient déjà atteints de la lèpre anesthésique. Tout au plus tendraient-elles à prouver que la forme anesthésique de la lèpre ne se transforme pas en la forme tuberculeuse, si des exemples d'une pareille transformation n'existaient pas déjà dans la science. (Voir Leloir, *Traité de la lèpre*, p. 209.)

M. Rake conclut que la lèpre n'est pas contagieuse dans le sens ordinaire du mot. Il admet néanmoins que l'isolement des lépreux présente des avantages; il diminue le nombre des foyers infectieux. (L'auteur veut dire par là, que si la lèpre ne se transmet pas par contagion *directe*, elle peut, selon toute vraisemblance, se propager par les déjections des malades, par les objets qui ont été en contact avec eux, par les boissons, par l'eau. L'isolement a pour effet de restreindre les dangers de cette contagion *médiate*.)

2° *Constitution du sol et nourriture.* — M. Rake a examiné, au point de vue de la présence éventuelle des bacilles, des échantillons de terre recueillis à la surface de huit tombes du cimetière où sont enterrés les lépreux. Des bacilles en très grand nombre ont été trouvés dans tous ces échantillons, sauf dans ceux provenant d'une tombe où était enterré un lépreux dont la mort ne remontait qu'à sept semaines, et qui n'avait pas été autopsié. D'un autre côté, des bacilles semblables ont été trouvés dans des échantillons de terre recueillis sur la tombe d'un phtisique, qui, de son vivant, n'avait pas présenté de manifestations lépreuses, et dans des échantillons de terre provenant d'un jardin situé à un mille de la léproserie. Les bacilles n'avaient pas, d'ailleurs, les caractères morphologiques de la lèpre ; ils étaient, notamment, beaucoup plus longs et ils ressemblaient aux bactéries de la putréfaction.

L'examen histologique des aliments que consomment de préférence les nègres n'a pas non plus donné de résultats positifs; il en a été de même des essais de culture.

3° Les *essais de culture* consistant à ensemencer des matières organiques (lymphe vaccinale, fragments de nerfs, de viscères) enlevées sur des cadavres de lépreux, ont donné des résultats tout aussi négatifs ; en d'autres termes, ces ensemencements n'ont jamais fait éclore des bacilles présentant les caractères bactérioscopiques assignés au bacille de la lèpre.

4° *Inoculations à des animaux.* Les inoculations faites à deux chats n'ont pas donné de résultats. Il en a été de même chez deux porcs, chez plusieurs cobayes et chez un lapin. Un autre lapin a péri quinze jours après l'inoculation ; on a trouvé intact le fragment de tubercule inoculé sous la peau ; il était enveloppé dans une pseudo-membrane de lymphe plastique.

II. — M. Wesener a inoculé à des lapins, dans la chambre antérieure de l'œil, des particules de tissus lépreux qui avaient séjourné dans l'alcool absolu pendant deux années environ. Ces inoculations ont fait apparaître sur l'iris, des nodosités entièrement semblables aux nodosités de la lèpre, et contenant des bacilles qui présentaient les réactions colorimétriques des bacilles lépreux.

Les inoculations de matière tuberculeuse ont également fait éclore des nodosités sur l'iris mais des nodosités sans bacilles. De ces résultats l'auteur conclut que :

Il existe une différence essentielle entre la manière dont se comportent les bacilles de la lèpre et les bacilles de la tuberculose, privés de vie, après leur inoculation dans la chambre antérieure de l'œil. Les uns et les autres développent une réaction inflammatoire locale ; mais les bacilles de la lèpre, après avoir été incorporés dans les éléments cellulaires, leucocytes ou cellules fixes, conservent leur forme et leur aptitude à se laisser imprégner par certaines matières colorantes, contrairement à ce qui arrive pour les bacilles de la tuberculose.

Les altérations consécutives aux inoculations de particules fraîches de tissu lépreux sont identiques à celles qu'on développe en inoculant des fragments de tissu lépreux ayant séjourné dans l'alcool absolu (qui tue les bacilles), identiques aussi à celles que développe l'introduction dans l'œil de corps étrangers réduits en particules très ténues (grains de cinabre). Donc les altérations de la première catégorie n'ont rien de spécifique, elles ne démontrent pas que la lèpre soit transmissible aux animaux par voie d'inoculation. Bien plus, des expériences, poursuivies par l'auteur pendant deux années et demie, démontrent que le bacille de la lèpre, inoculé à des lapins, ne se multiplie pas dans les tissus de ces animaux.

Pour qui se rallie aux vues de l'auteur, un certain nombre de faits tirés de l'histoire de la lèpre s'expliquent sans peine : ainsi l'insuccès des tentatives faites pour inoculer la lèpre à l'homme, le peu de contagiosité de la maladie, les résultats négatifs des ensemencements faits avec des fragments de tubercules lépreux, l'efficacité des médicaments réducteurs affirmée par Unna, médicaments qui agissent non pas en tuant les bacilles, mais en les empêchant d'être résorbés.

E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

MANUEL D'ASEPSIE, par le Dr VINAY, agrégé de Lyon. Chez J.-B. Baillière et fils, 1890.

Le livre de M. Vinay est divisé en deux parties : une première théorique, une seconde pratique.

Dans la première, après une longue et intéressante introduction sur l'histoire de la chaleur en biologie et en hygiène, l'auteur étudie les températures eugénésiques; l'influence de la chaleur sur le développement des microorganismes en général et, plus spécialement, sur les spores, les limites de chaleur inférieure et supérieure, nécessaires à leur développement, leur mode de germination, leur virulence, leur forme. M. Vinay nous montre ensuite l'action destructive des températures élevées sur les champignons et les bactéries. La résistance des microbes varie suivant les espèces; dans une même espèce, la résistance est très variable. La chaleur seule n'est pas suffisante; il faut qu'elle soit prolongée; enfin, un milieu acide ou alcalin est beaucoup plus facile à stériliser, de même que la chaleur stérilise les milieux, de même elle augmente l'action des antiseptiques.

Après un chapitre entièrement consacré à la méthode d'atténuation des virus traitée par Pasteur, l'auteur étudie l'action du froid sur les microbes. Un froid extrême peut, lui aussi, détruire les germes. Mais, en principe, la résistance vitale est bien plus grande au froid qu'à la chaleur; certaines espèces de microbes sont, notamment, très réfractaires. La cellule végétale peut même subir un gel et un dégel successifs qui rendent presque impossible sa destruction par le froid.

Dans la seconde partie de son ouvrage, M. C. Vinay, mettant en pratique les théories contenues dans la première partie de son livre, étudie d'abord les divers modes d'emploi de la chaleur; il montre la supériorité de la chaleur humide sur la chaleur sèche à cause de son grand pouvoir désinfectant, sa plus grande force de pénétration et son innocuité pour la conservation des objets soumis à son action. Et nous lisons alors une description très complète et très claire de toutes les étuves employées jusqu'à ce jour, tant pour assurer la pureté des milieux de culture que pour stériliser et désinfecter. Mais ces appareils de désinfection ou stérilisation ne suffisent point par eux-mêmes; M. Vinay nous montre alors comment il faut parfaire leur action, par l'emploi des substances chimiques antiseptiques, acide phénique, sublimé, iodoforme, etc., et les utiliser d'une façon différente en chirurgie, en oculistique, en obstétrique et en médecine. C'est ici que le livre de M. Vinay apparaît sous son jour vraiment pratique. Nous voyons, par exemple, que le premier devoir du chirurgien est d'asepsiser ses instruments; le lavage simple et le brossage au savon étant insuffisants, il faudra les plonger dans un bain antiseptique, en employant de préférence les solutions phéniquées; on pourra aussi les placer dans une étuve sèche portée à une température de 200°; un des moyens les plus simples sera de les soumettre à l'ébullition prolongée. Puis M. Vinay nous montre quelles précautions le chirurgien doit prendre vis-à-vis de lui-même, ce qu'il doit exiger de ses aides, comment il doit assurer l'asepsie des objets de pansement.

Même en dehors de toute intervention chirurgicale, l'auteur nous montre que l'hygiène commande d'obéir aux lois générales de la méthode antiseptique. La désinfection des objets de literie, des crachats, des selles, de la chambre et, en un mot, de tous les locaux où ont pu séjourner des malades contagieux, s'impose aujourd'hui comme une nécessité.

Abordant un autre côté non moins pratique de la question, M. Vinay nous montre l'utilité primordiale qu'il y a stériliser les substances alimentaires. Il nous dit que le lait, les viandes les conserves alimentaires, le vin et la bière contiennent des germes infectieux, et nous indique les moyens les plus pratiques d'arriver à la destruction de ces germes.

Enfin l'auteur, dans un dernier chapitre, examine quel devrait être le bon fonctionnement d'un établissement public où l'on voudrait obtenir le plus grand nombre de guérisons possible et cantonner en quelque sorte les maladies contagieuses. Dans toutes les villes d'une certaine importance, il faudrait instituer un service public de désinfection dont l'utilité apparaîtrait en tout temps, mais surtout en temps d'épidémie.

En résumé, le livre de M. C. Vinay est excellent : il est fait avec soin et l'auteur s'y montre absolument au courant de la science. Il est malheureux que ce ne soit qu'un manuel : bien des questions n'y sont qu'effleurées. Mais l'agrégé de Lyon a voulu faire un livre pratique qui fût à la portée de tous, et, à cet égard, il ne pouvait dépasser les limites que lui imposait la nature même de son traité. Sans doute, ce livre vieillira vite : toutes les choses qu'il décrit sont encore à l'étude. Mais il est, pour le moment, le guide le meilleur et le plus sûr que nous ayons entre les mains. Tous les praticiens devraient posséder ce petit manuel, à commencer par les médecins de campagne qui montrent souvent trop de confiance dans les avantages naturels des milieux dans lesquels ils exercent leur art et qui, comme j'en ai vu de malheureux exemples, ne laissent que trop de malades succomber à la septicémie puerpérale ou à l'infection post-opératoire.

Contribution à l'étude de la thérapeutique intra-utérine antiseptique, par Louis Couturier. (Doin, 1890.)

L'auteur limite son étude aux résultats que donnent, dans le traitement de la métrite chronique, la dilatation et le pansement antiseptique de la cavité utérine.

Après un chapitre sur l'anatomie normale de la muqueuse utérine et quelques pages sur les lésions qu'elle présente dans l'endométrite chronique, M. Couturier étudie l'étiologie et la pathogénie de cette endométrite. L'utérus peut être infecté par différentes espèces de microbes : ceux de la blennorrhagie, ceux de la septicémie puerpérale, ceux que la main, des canules malpropres ou la sonde des médecins non soigneux peuvent introduire dans le vagin, ceux enfin qui, au cours d'une maladie générale infectieuse, viennent former des colonies dans l'utérus, ceux enfin de la tuberculose.

Dans le traitement de l'endométrite, trois indications parfaitement nettes s'imposent au médecin : il faut provoquer l'évacuation des liquides septiques, modifier l'état anatomo-pathologique de la cavité, rendre impossible une réinfection.

La dilatation de l'utérus, qui permet l'issue des sécrétions septiques, peut être faite rapidement, avec des bougies graduées ou bien à l'aide de dilatateurs articulés; il paraît préférable d'obtenir la dilatation lente avec la laminaire; on peut, du reste, combiner les deux méthodes. Naturellement on n'introduira dans l'utérus que des instruments aseptiques après un lavage soigné du vagin.

Pour modifier l'état anatomo-pathologique de la cavité, on peut employer les caustiques, dont plusieurs, comme le chlorure de zinc, doivent être condamnés en raison des atrésies cervicales qui sont la conséquence de leur emploi, le curettage et l'écouvillonnage, et enfin les agents antiseptiques. L'auteur se montre hardiment partisan de cette dernière méthode : l'iodoforme, la glycérine créosotée et le sublimé ont eu jusqu'à ce jour la préférence des gynécologues; de son avis, les moyens mécaniques doivent être réservés aux cas exceptionnels où les fongosités de la muqueuse utérine ont acquis un tel volume et un tel degré d'organisation, que l'on ne pourra espérer la désagrégation lente ou la régression. Je n'ai, pour ma part, aucune peine à me ranger à cette opinion; j'ai soigné, par l'antisepsie intra-utérine, plusieurs malades

atteintes de métrite chronique : le résultat a été excellent; deux fois seulement j'ai dû pratiquer le curettage.

Enfin, pour rendre impossible la réinfection de la matrice, il faut traiter ses lésions traumatiques (déchirure du col), guérir ses déviations (rétroversion, prolapsus), pratiquer, au résumé, une vraie restauration orthopédique des organes génitaux.

Ce dernier chapitre n'est point traité dans la thèse de M. Conturier.

En résumé, bon travail, bien étudié, très utile et très pratique, que beaucoup de médecins, un peu inexpérimentés des choses de la chirurgie, feront bien de lire pour se convaincre qu'ils peuvent se dispenser de curetter toutes les malades qui leur demandent des soins.

Dr Pierre Sebileau.

BULLETIN

LA VACCINATION OBLIGATOIRE. — LA LYMPHE DE KOCH A L'HOPITAL SAINT-LOUIS ET A LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE BERLIN.

La vaccination obligatoire a eu les honneurs de la dernière séance de l'Académie de médecine; soutenue à la façon du *delenda Carthago*, par M. Hervieux, elle a été vigoureusement combattue par M. Le Fort. Si tout le monde a applaudi au discours vraiment éloquent de notre confrère, beaucoup ont exprimé le regret de le voir dépenser cette éloquence à couvrir des paradoxes, à défendre une mauvaise cause. Les hygiénistes de nos jours sont quelque peu intransigeants. Pour eux, l'intérêt social ou simplement collectif prime partout et toujours la liberté individuelle, et la plupart des mesures d'hygiène publique doivent revêtir le caractère obligatoire, coercitif. M. Le Fort, en ce qui concerne la vaccine, dont il est le premier à apprécier et à prôner les bienfaits, se fait le champion de la liberté individuelle. Pour les esprits impartiaux, ses arguments ne manquent pas de valeur et, s'il en est quelques-uns qui puissent être retournés contre lui, il en reste d'autres assez puissants pour que sa thèse ne puisse, en bonne logique, être qualifiée de paradoxale.

Notons, tout d'abord, qu'en France la vaccine se répand de plus en plus; que, si elle rencontre des indifférents, elle ne compte pas ou compte un nombre négligeable d'adversaires déclarés; que, dans la plupart des cas où un individu est appelé à vivre en communauté avec d'autres (écoles, lycées, régiments, grandes administrations, etc.) on exige de lui, au préalable, un certificat de vaccination ou de revaccination. Si beaucoup de personnes, si, en particulier, beaucoup d'enfants restent encore sans être vaccinés, cela tient avant tout, ainsi que l'a montré M. Le Fort, à ce que le service général de la vaccine n'est pas suffisamment organisé en France. La première mesure à prendre c'est donc d'assurer partout ce service, d'en rendre le fonctionnement facile et de mettre ainsi la pratique de la vaccination à la portée de tout le monde. Or, quand cela sera fait, faudra-t-il combattre l'indifférence ou la négligence des uns, le mauvais vouloir ou l'opposition des autres, par une loi coercitive? Pour répondre à cette question, il importe, au préalable, d'apprécier le degré du danger que tout individu réfractaire à la vaccinction fait courir à la santé publique et de voir, d'autre part, s'il n'existe pas, pour prévenir ou combattre ce danger, de moyen aussi efficace que celui d'une obligation légale qui porte atteinte à sa liberté.

Suivant M. Le Fort, la vaccine influe moins sur la morbidité que sur la mortalité. Tandis que l'enfant vacciné a vingt-six fois plus de chances de ne pas mourir de la variole que le non vacciné, il n'a que deux fois plus de chances de ne pas contracter la maladie et, au point de vue de la transmission de celle-ci, la varioloïde du premier est aussi redoutable que la variole grave du second. Si l'on songe, d'autre part, que l'enfant non vacciné a simplement une chance sur six mille cinq cents de contracter la variole, on voit que le danger que la non vaccination de cet enfant peut faire courir à la santé publique est comparativement et relativement très restreint.

Certes, ce ne serait pas une raison pour ne pas prévenir ce danger par la mesure dont il s'agit, si la vaccination obligatoire, dans les pays où elle est en vigueur, avait donné tous les résultats qu'on en attendait, ou s'il n'y avait pas d'autre moyen de protéger aussi efficacement la santé publique. Mais il résulte des renseignements officiels recueillis par M. Le Fort, soit en Allemagne, soit en Angleterre, que la vaccination obligatoire seule a été impuissante à prévenir le développement d'épidémies de variole, la propagation de la maladie et qu'on n'a obtenu de bons résultats que lorsqu'on a joint à cette obligation l'application rigoureuse de mesures relatives à l'isolement des varioleux et à la désinfection des locaux et objets contaminés.

Tandis que l'enfant non vacciné est, pour la santé publique, une menace éloignée et plus ou moins incertaine, le varioleux est une menace présente, assurée, imminente; ici des mesures urgentes de protection s'imposent, et il y a lieu de s'étonner, avec M. Le Fort, que l'isolement des malades et la désinfection de tout ce qu'ils ont pu contaminer soient encore des mesures en projet (voir plus loin les instructions du Conseil d'hygiène publique et de salubrité de la Seine), et non en pleine exécution dans toute la France.

En résumé, et en prenant pour base les arguments et les chiffres de M. Le Fort, le danger que la non vaccination d'un certain nombre de personnes peut faire courir à la santé publique est moins grand qu'on ne suppose, et, pour le prévenir, la vaccination obligatoire est un moyen moins sûr et moins efficace que l'isolement et la désinfection. Pourquoi vouloir instituer une mesure qui porte une atteinte grave à la liberté individuelle? Pourquoi forcer la conscience d'un homme qui, à tort ou raison, ne croit pas aux bienfaits de la vaccine, l'accuse même de certains méfaits, et l'obliger à se laisser inoculer, à lui ou aux siens, un virus qu'il réprouve? N'y a-t-il pas à craindre qu'en pareille matière, une loi de coercition n'aille à l'encontre du but qu'on poursuit en développant l'esprit d'opposition, de révolte et de résistance? La ligue anti-vaccinale qui s'est organisée en Angleterre ne justifie que trop une semblable appréhension.

Donc, que l'on éclaire de plus en plus les populations sur les avantages de la vaccine, que l'on rende la pratique de la vaccination facilement accessible à tous, dans les campagnes les plus reculées comme dans les villes, que l'on combatte, que l'on détruise par des mesures rigoureuses d'isolement et de désinfection le contage variolique, et l'on aura assuré, de la manière la plus sûre et la plus efficace, la prophylaxie de la variole.

On le voit, l'argumentation est solide et propre à frapper les meilleurs esprits. Mais, nous le répétons, le courant est en matière d'hygiène aux mesures de coercition. Le Conseil central d'hygiène et de salubrité des Pyrénées Orientales, après avoir émis le vœu d'une loi rendant la vaccination obligatoire a soumis la question aux autres Conseils départementaux d'hygiène. Sur 88 Conseils ainsi consultés, 63, y compris celui des Pyrénées-Orientales, ont fait connaître leur avis. 59 sont

pour la vaccination obligatoire et 18 demandent que les revaccinations le soient aussi. 4 seulement n'ont pas adopté le vœu du Conseil des Pyrénées-Orientales. Quelle que soit l'opinion des 25 Conseils qui n'ont pas répondu à la demande de ce dernier, il est certain que l'immense majorité des Conseils d'hygiène de France est favorable à la vaccination obligatoire.

C'est aussi l'opinion qui réunit la presque unanimité des suffrages au sein des Comités, Conseils ou sociétés d'hygiène du département de la Seine. Jusqu'à présent, nos Assemblées parlementaires, le Sénat en 1868, la Chambre des députés en 1881, se sont montrées peu favorables à l'institution d'une semblable loi, et un orateur qui, au sein d'une de ces Assemblées, apporterait, groupés avec le même talent, les arguments et les chiffres présentés par M. Le Fort, aurait grande chance de tenir le projet de loi en échec. Quoi qu'il en soit dans l'avenir de ces deux courants, il est un point sur lequel tout le monde paraît devoir s'entendre, et qui permet dès à présent d'instituer une prophylaxie sérieuse et efficace de la variole, c'est, en outre de la réorganisation et de l'amélioration des services de vaccine, la mise en vigueur, sur tout le territoire, des mesures d'isolement et de désinfection recommandées, avec M. Le Fort, par le Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine.

— Nous avons continué d'enregistrer, avec la plus grande impartialité, les principaux résultats des recherches dont la lymphe de Koch a été l'objet. Nous relèverons aujourd'hui deux communications fort importantes, l'une de M. Vidal à la *Société de dermatologie et de syphiligraphie*, l'autre de M. Virchow à la *Société de médecine de Berlin*. Bien que ces communications aient trait, la première à la tuberculose cutanée, la seconde à la tuberculose pulmonaire, les enseignements qui en découlent se complètent réciproquement.

Nous avons dit, dans notre précédent *Bulletin*, que les médecins de l'hôpital Saint-Louis s'étaient constitués en commission d'étude pour examiner l'action de la lymphe de Koch dans le traitement du lupus. Cette Commission prépare un rapport; en attendant, M. Vidal a fait à la *Société de Dermatologie et de syphiligraphie*, une communication préalable dans laquelle il apprécie les effets généraux de la méthode.

Un premier point constaté par la Commission est l'irrégularité de la réaction générale; celle-ci, contrairement à ce qui avait été annoncé, s'est montrée rarement en rapport, soit avec la réaction locale, soit avec la dose de lymphe injectée.

En second lieu, les effets de cette réaction générale ne sont pas toujours sans danger. Les phénomènes de congestion et d'inflammation qu'elle produit, atteignent non seulement les organes antérieurement malades, mais encore des organes jusque-là, en apparence du moins, parfaitement sains. C'est ainsi que, en traitant des tuberculoses cutanées, les médecins de St-Louis ont observé des congestions pulmonaires intenses, des symptômes de myocardite et d'endocardite, une tuméfaction de la rate, des congestions rénales, avec albuminurie, hématurie, un pseudo-érysipèle de la face, etc.

Pour éviter ou atténuer ces dangers, nos confrères conseillent de prendre et ont pris les plus grandes précautions : faibles doses initiales, augmentation progressive en rapport avec la réaction produite; intervalle de quatre à huit jours entre les injections successives, etc.

M. Virchow, par l'étude anatamo-pathologique du processus engendré par la lymphe de Koch, arrive aux mêmes conclusions cliniques. Nous avons reproduit, dans le dernier numéro du *Journal des Sociétés scientifiques*, la communication du savant professeur à la *Société de Médecine de Berlin*. Les lésions qu'il a trouvées et décrites au pourtour des ulcérations tuberculeuses et des ganglions lymphatiques avoisinants, expliquent la réaction générale dont parle M. Vidal.

En second lieu l'extension du processus inflammatoire à une partie plus ou moins étendue de l'appareil pulmonaire; l'éclosion de tubercules submiliaires frais en divers points de la plèvre, du péricarde, du péritoine, sous l'action des bacilles mobilisés dans les voies circulatoires; la formation de foyers secondaires par des particules liquides ou solides entraînées par la circulation après avoir été détachées d'un foyer de ramollissement produit par l'action de la lymphe; le travail de mortification produit au niveau des ulcérations tuberculeuses de l'intestin, et pouvant aller jusqu'à la perforation, etc., etc., toutes ces lésions correspondent aussi aux divers symptômes secondaires observés par les médecins de Saint-Louis.

Enfin les mêmes conseils de prudence, donnés par nos confrères français, sont formulés ainsi par M. Virchow.

« Je considère comme mon devoir de donner le conseil de procéder encore avec plus de prudence dans les cas où l'on n'est pas absolument sûr que les malades ont la force et l'habitude nécessaires pour rejeter par l'expectoration leurs produits de ramollissement, où, par conséquent il y a possibilité de pénétration des matières infectieuses dans d'autres parties du poumon avec formation de nouveaux foyers morbides. »

Si l'on envisage plus particulièrement ses applications au traitement de la tuberculose pulmonaire, deux mots nous semblent désormais caractériser les effets de la lymphe de Koch; *danger, inefficacité*; la conclusion est facile à tirer. Nous voilà donc bien loin de l'enthousiasme des premiers jours. Le gouvernement prussien a escompté *trop tôt* les avantages que, à différents points de vue, il espérait retirer de la découverte de Koch. Aussi est-il question de faire connaître prochainement la composition du fameux remède ; cette fois ce sera trop tard.

Dr DE F. RANSE.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique de France

(*Séance du 12 janvier*)

Le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques lit un rapport sur la situation sanitaire de Marseille. Il résulte de ce rapport que Marseille a eu, en 1890, 2,153 décès en plus sur l'année 1889.

M. Proust donne au Comité des renseignements sur l'épidémie de choléra en Orient.

En Syrie, le choléra a notablement diminué. Cependant l'extension de la maladie vers les vilayets de Sivas et d'Erzéroum doit inspirer quelques inquiétudes.

Jamais encore jusqu'ici l'épidémie n'avait atteint un point situé autant vers le Nord. Un fait grave est cette tendance du choléra à remonter le cours de l'Euphrate, surtout au milieu des rigueurs de l'hiver, à travers des régions presque inhabitées, dans les montagnes du Taurus et près de l'Arménie. Là est le danger non pour le moment, mais pour la prochaine saison des chaleurs.

Au sud, le péril semble moindre; la maladie a disparu de Hama et de Hams. Toutefois les personnes qui fuient de Tripoli et d'autres localités pourraient peut-être contribuer à la dissémination du choléra.

M. Grimaux a donné ensuite lecture d'un rapport tendant

à renouveler l'interdiction des soudures de plomb à l'intérieur des boîtes où l'on met les conserves alimentaires.

Les conclusions de ce rapport ont été adoptées par le Comité.

Le bureau d'hygiène de Lyon. — A l'exemple de plusieurs autres villes de France, Lyon possède, depuis le 12 janvier de cette année, un *Bureau d'hygiène*, destiné à centraliser tout ce qui concerne l'hygiène et la police sanitaire. Il est constitué, outre les employés aux écritures, par trois directeurs et deux sous-directeurs, tous docteurs en médecine et nommés au concours. Les titulaires ne peuvent exercer la médecine.

Une fête à la Salpêtrière. — On a fêté lundi dernier, à la Salpêtrière, le cinquantième anniversaire de l'entrée dans cet hospice, comme surveillante, de Mlle Bottard. Le directeur de l'Assistance publique, entouré du personnel médical et administratif de la Salpêtrière et de plusieurs médecins des hôpitaux, présidait la cérémonie et, après un discours vivement applaudi, a remis à Mlle Bottard une médaille en or avec cette inscription : « A Mlle Botard pour ses cinquante ans de services. » M. Voisin, vice-président du conseil supérieur de l'Assistance publique, et M. Charcot ont pris successivement la parole et rendu un hommage public au dévouement exemplaire de la vieille surveillante, fort émue, comme il est facile de comprendre. Le personnel de la Salpêtrière lui a offert un bronze, la *Charité*, de Dubois. La fête s'est terminée par un lunch.

Les assistants en chirurgie dans les hôpitaux de Paris. — Quelques-unes des réformes dont nous avons eu récemment à nous occuper tendent, sinon encore à se réaliser, du moins à fixer l'attention publique et celle de l'administration. Voici, relativement aux assistants en chirurgie pour les hôpitaux de Paris, le projet que viennent d'adresser au directeur de l'Assistance publique, les candidats actuels au bureau central pour la chirurgie.

I. Il est créé des assistants en chirurgie dans les hôpitaux de Paris. Ils ont pour fonctions de faire les suppléances et d'assurer le service de la consultation. Ils peuvent être chargés par le chirurgien titulaire des opérations d'urgence. Un assistant est attaché en principe à chaque service de chirurgie. Toutefois, pendant les premières années, le recrutement sera subordonné aux besoins des services et aux demandes des chefs.

II. Les assistants sont nommés par un concours spécial pour une période de six ans.

III. — Chaque chef de service a le droit de désigner son assistant. Les assistants disponibles seront affectés aux services vacants par ordre d'ancienneté.

Articles additionnels

A. Les chirurgiens du Bureau central peuvent remplir les fonctions d'assistant jusqu'à leur placement définitif.

B. Ils conservent les mêmes droits que par le passé relativement aux suppléances. Mais ils ne peuvent faire la suppléance de deux services à la fois.

C. Les assistants peuvent, tout en conservant leurs titre, remplir les fonctions de chefs de clinique.

Projet de règlement du concours des assistants.

1° Sont admis à prendre part au concours les docteurs ayant la qualité de Français et justifiant, soit de quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris, soit de quatre années d'exercice à dater de leur thèse.

2° Les épreuves du concours consistent en :

A. Une composition écrite sur un sujet d'anatomie normale et de pathologie externe. Il sera accordé trois heures pour cette composition. Il lui sera attribué un maximum de 30 points.

B. Une épreuve orale théorique sur un sujet de pathologie externe. Il sera acordé au candidat 20 minutes pour réfléchir et un temps égal pour faire sa leçon. Il sera attribué à cette épreuve un maximum de 20 points.

C. Trois opérations sur le cadavre : deux ligatures et une amputation. Il sera attribué à cette épreuve un maximum de 30 points.

D. Une épreuve clinique sur un malade. Il sera accordé au candidat 20 minutes qu'il emploiera à son gré pour l'examen et la réflexion, et 15 minutes pour l'exposition devant le jury. Il sera attribué à cette épreuve un maximum de 20 points.

Projet de règlement du concours pour la nomination des chirurgiens des hôpitaux.

I. Chaque année, après la nomination des assistants, aura lieu, devant un deuxième jury, un concours pour deux places au moins de chirurgien des hôpitaux.

II. — Les assistants sont seul admis à prendre part à ce concours. — III. Les épreuves de ce concours consistent en :

A. Une épreuve de clinique orale sur un malade. Il sera accordé au candidat 20 minutes qu'il emploiera à son gré pour l'examen et la réflexion, et 15 minutes pour l'exposition devant le jury. Il sera attribué à cette épreuve un maximum de 30 points.

B. Une consultation écrite sur un malade, pour laquelle il sera accordé 50 minutes après 15 minutes d'examen. Cette consultation sera lue immédiatement. Il sera attribué à cette épreuve un maximum de 30 points.

Mesures prophylactiques contre la variole, la diphtérie et la fièvre typhoïde.

Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine vient d'adopter, sur le rapport de M. Dujardin-Beaumetz, les instructions suivantes, concernant la variole, la fièvre typhoïde et la diphtérie.

INSTRUCTION SUR LES PRÉCAUTIONS A PRENDRE CONTRE LA VARIOLE.

La variole est une maladie éminemment contagieuse.

La vaccination et la revaccination sont les seuls moyens de prévenir ou d'arrêter les épidémies de variole.

Mesures à prendre dès qu'un cas de variole se produit.

Les cas de variole seront déclarés au commissariat de police du quartier pour la ville de Paris, ou à la mairie dans les communes du ressort de la Préfecture.

L'Administration assurera l'isolement ou le transport du malade et la désinfection du logement contaminé.

A. — Transport du malade.

Si le malade ne peut recevoir à domicile les soins nécessaires, s'il ne peut être isolé, notamment si plusieurs personnes habitent la même chambre, il doit être transporté dans un établissement spécial.

Les chances de guérison sont alors plus grandes et la transmission n'est pas à redouter.

Le transport devra toujours être fait dans une des voitures spéciales mises gratuitement à la disposition du public par l'Administration.

B. — Isolement du malade.

Le malade, s'il n'est pas transporté, sera placé dans une chambre séparée où les personnes appelées à lui donner des soins doivent seules pénétrer.

Son lit sera placé au milieu de la chambre, les tapis, tentures et grands rideaux seront enlevés.

Le malade sera tenu dans un état constant de propreté.

Les personnes appelées à donner des soins à un varioleux devront être revaccinées. Elles se laveront les mains avec une solution de sulfate de cuivre faible (à 12 grammes par litre d'eau), toutes les fois qu'elles auront touché le malade ou les linges souillés. Elles devront aussi se rincer la bouche avec de l'eau bouilie.

Elles ne mangeront jamais dans la chambre du malade.

Elles devront avoir des vêtements spéciaux et les quitter en sortant de la chambre.

C. — Désinfection des objets ayant été en contact avec le malade, et mesures de précaution à prendre par celui-ci.

Tous les objets (linge, draps, couvertures, objets de toilette, etc.) ayant été en contact avec le malade doivent être désinfectés.

Cette désinfection sera obtenue à l'aide de solutions de sulfate de cuivre. Ces solutions seront de deux sortes, les unes fortes, renfermant 50 grammes de sulfate de cuivre par litre, les autres faibles renfermant 12 gr. par litre. Les solutions fortes serviront à désinfecter les linges souillés ; les faibles serviront au lavage des mains et des linges non souillés.

Les commissaires de police tiennent gratuitement à la disposition du public des paquets de 25 grammes destinés à faire les solutions. On mettra deux de ces paquets dans un litre d'eau pour préparer les solutions fortes, et un paquet dans deux litres pour les solutions faibles.

Les linges souillés seront trempés et resteront deux heures dans les solutions fortes.

Aucun des linges, souillés ou non, ne doit être lavé dans un cours d'eau.

Les linges non souillés seront plongés dans une solution faible. Les habits, les literies et les couvertures seront portés aux étuves municipales publiques de désinfection (1).

Le malade ne doit sortir qu'après avoir pris plusieurs bains.

D. — Désinfection des locaux.

La désinfection des locaux est faite gratuitement par des désinfecteurs spéciaux (2). Pour obtenir cette désinfection, il suffit de s'adresser, à Paris, au commissaire de police du quartier (3).

Un médecin délégué est chargé de vérifier l'exécution des mesures prescrites ci-dessus.

INSTRUCTION SUR LES PRÉCAUTIONS A PRENDRE CONTRE LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Le germe de la fièvre typhoïde se trouve dans les déjections des malades.

La contagion se fait à l'aide de l'eau contaminée par ces déjections ou par tout objet souillé par elles.

Mesures préventives.

En temps d'épidémie de fièvre typhoïde, l'eau potable doit être l'objet d'une attention toute particulière ; l'eau récemment bouillie donne une sécurité absolue.

Cette eau doit servir à la fabrication du pain et au lavage des légumes.

Avant de manger, il faut se laver les mains avec du savon.

Les habitudes alcooliques, les excès de fatigue, prédisposent à la maladie.

Mesure à prendre dès qu'un cas de fièvre typhoïde se produit.

Les cas de fièvre typhoïde doivent être déclarés au commissariat de police du quartier pour la ville de Paris, et à la mairie des communes du ressort de la Préfecture.

L'Administration assurera le transport du malade, s'il y a lieu, ainsi que la désinfection du logement et des objets contaminés.

B. — Isolement du malade.

Le malade, s'il n'est pas transporté, sera placé dans une chambre séparée où les personnes appelées à lui donner des soins doivent seules pénétrer.

Son lit sera placé au milieu de la chambre; les tapis, tentures et grands rideaux seront enlevés.

Cette chambre sera aérée plusieurs fois par jour.

Le malade sera tenu dans un état constant de propreté.

(1) A Paris, des voitures spéciales viennent chercher à domicile les objets à désinfecter, et elles les rapportent après leur passage à l'étuve municipale. Dans la banlieue, les étuves sont mobiles; elles sont conduites à proximité de l'immeuble où il y des objets à désinfecter.

(2) Des instructions spéciales sont données, d'autre part, aux brigades de désinfecteurs, qui doivent se présenter dans les locaux à désinfecter avec le matériel et les produits nécessaires.

(3) Dans la banlieue, c'est le maire qui doit assurer ce service.

On évitera tout ce qui pourrait provoquer l'excoriation de sa peau : vésicatoires, sinapismes, etc.

Il est indispensable d'éloigner immédiatement toute personne qui ne concourt pas au traitement du malade et surtout les enfants.

Les personnes qui entourent le malade se laveront les mains avec une solution de sulfate de cuivre faible (12 grammes par litre d'eau), toutes les fois qu'elles auront touché le malade ou les linges souillés. Elles devront aussi se rincer la bouche avec de l'eau bouillie.

Elles ne mangeront jamais dans la chambre du malade.

C. — Désinfection des matières.

Il est de la plus haute importance que les déjections du malade ainsi que les objets souillés par elles soient immédiatement désinfectés.

Cette désinfection sera obtenue à l'aide de solutions de sulfate de cuivre.

Pour désinfecter les matières, on versera dans le vase destiné à les recevoir un demi-litre de la solution forte. On lavera avec cette même solution les cabinets d'aisances et tout endroit où ces déjections auraient été jetées et répandues.

Pour la désinfection des linges, voir ce qui concerne la variole.

Désinfection des matières expectorées ou vomies.

Pour la désinfection des matières expectorées ou vomies, on versera aussi dans le vase qui les reçoit un demi litre de la solution forte. On lavera avec cette même solution les cabinets d'aisances et tout endroit où ces déjections auraient été jetées et répandues. Aucun des linges souillés ou non ne doit être lavé dans un cours d'eau.

Les linges souillés seront désinfectés comme il a été dit plus haut.

Les objets de literie, et en particulier les berceaux, doivent être également portés à l'étuve de désinfection. Les jouets de l'enfant doivent être brûlés.

Les cuillers, tasses, verres, etc., devront, aussitôt après avoir servi au malade, être plongés dans l'eau bouillante.

Pendant la maladie, les poussières du sol de la chambre seront enlevées chaque jour et immédiatement brûlées. Avant le balayage, on projetera sur le plancher, de la sciure de bois humectée avec une solution de sulfate de cuivre (12 grammes par litre).

D. — Désinfection des locaux (comme pour la variole).

INSTRUCTION SUR LES PRÉCAUTIONS A PRENDRE CONTRE LA DIPHTÉRIE.

La diphtérie est une affection éminemment contagieuse.

Le germe de la diphtérie est contenu dans les fausses membranes et les crachats.

Il se transmet surtout à l'aide des objets souillés par les produits de l'expectoration.

Ces objets, quand ils n'ont pas été désinfectés, conservent pendant des années leur pouvoir infectieux.

Mesures préventives.

L'isolement et la désinfection sont les seules mesures efficaces de préservation.

En temps d'épidémie, tout mal de gorge est suspect, le germe de la diphtérie se développe surtout sur une muqueuse déjà malade : appeler de suite un médecin.

Mesures à prendre dès qu'un cas de diphtérie se produit.

Les cas de diphtérie seront déclarés au commissariat de police du quartier pour la ville de Paris, ou à la mairie des communes du ressort de la préfecture.

L'Administration assurera l'isolement ou le transport du malade et la désinfection du logement contaminé.

A. — Transport du malade.

Si le malade ne peut recevoir à domicile les soins nécessaires, s'il ne peut être isolé, notamment si plusieurs personnes habitent la même chambre, il doit être transporté dans un établissement spécial.

Ce transport doit être effectué à une époque aussi rapprochée que possible du début de la maladie.

Les chances de guérison sont alors plus grandes et la transmission n'est pas à redouter.

Le transport devra toujours être fait dans une des voitures spéciales, mises gratuitement à la disposition du public par l'Administration.

B = Isolement du malade.

Le malade, s'il n'est pas transporté, sera placé dans une chambre séparée où les personnes appelées à lui donner les soins doivent seules pénétrer.

NOUVELLES

— Sur la proposition du Comité consultatif d'hygiène publique de France, le Ministre de l'Intérieur a décerné les récompenses suivantes aux personnes ci-après désignées qui se sont distinguées par leur participation dévouée aux travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité, pendant l'année 1887.

Médaille d'or. — M. Ballez (de Lille).

Médailles de vermeil. MM. les docteurs Pujos (d'Auch), Raymondot (de Limoges), Jablonsky (de Poitiers).

Médaille d'argent. — M. le docteur Gounand (de Besançon).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Mordret (du Mans), Fouquet (de Vannes) et Longbois (de Joigny).

Hôpitaux de Rouen. — Un concours pour une place de chirurgien-adjoint s'ouvrira, le jeudi 16 avril 1891, à l'hospice général de Rouen.

Pour tous renseignements, s'adresser à la direction des hospices de Rouen.

— Un concours pour l'emploi de médecin en chef des hospices civils de Bourges s'ouvrira le lundi 13 avril 1891, à neuf heures du matin, à la Faculté de médecine de Paris.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 4 AU 10 JANVIER 1891

Fièvre typhoïde, 9. — Variole, 2. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 8. — Coqueluche, 12. — Diphtérie, croup, 35. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 207. — Autres tuberculoses, 29. — Tumeurs cancéreuses et autres, 64. — Méningite, 25. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 57. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 12. — Maladies organiques du cœur, 67. — Bronchite aiguë et chronique, 110. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 183. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 55. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 41. — Sénilité, 59. — Suicides et autres morts violentes, 33. — Autres causes de mort, 230. — Causes inconnues, 14. Total 1274.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,

J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

REVUE GENERALE

DU SANG DANS LA DÉFENSE DE L'ORGANISME CONTRE LES INFECTIONS.

par H. Barbier.

(*Suite*) (1).

ERRATUM (voir le numéro précédent)

Page 26, première colonne, première ligne, lire : *Monti*, au lieu de : Manti.

Ibid., 13e ligne, lire : l'injection dans les veines du lapin d'une dose de 0,005 millig. de *papaïne*, au lieu de pepsine.

Ibid., 18e ligne, lire : *la cessation*, au lieu de l'accensation.

Ibid., 7e ligne de bas en haut, lire : est capable dans certaines circonstances de *détruire* différentes espèces de bactéries, au lieu de : déterminer.

En 1888 *Nuttal* (2) avait constaté que, en ce qui concerne la bactérie charbonneuse, le sérum du lapin, animal très sensible au charbon, possède des propriétés microbicides plus marquées que le sérum du chien, par exemple, animal qui est réfractaire à la maladie.

(1) Voir le précédent numéro.

(2) *Zeitschrift f. hyg.*, 1888.

Charrin et *Roger* (1), firent la même démonstration pour le bacille du charbon symptomatique. Le sérum du cobaye, très sensible à la maladie, possède des propriétés microbicides très marquées à l'égard du bacille, tandis que celui du lapin, naturellement réfractaire, fournit au contraire un excellent milieu de culture.

Mais ce qui n'était pas applicable à l'immunité naturelle devait recevoir une application merveilleuse aux faits *d'immunité acquise*, et permettait d'entrevoir le mécanisme intime de la *vaccination*.

II

Dans une communication faite à l'Académie des sciences sur le rôle et sur le mécanisme de la lésion locale dans les maladies infectieuses, le professeur Bouchard (2) avait déjà été amené à cette constatation, à savoir que, chez les animaux vaccinés, il existe une cause, qui, en dehors de toute action cellulaire, s'oppose au développement des microbes.

Si (Bouchard *loc. cit.*) on inocule des cultures de bacilles pyocyaniques à des lapins vaccinés et à des lapins témoins, on remarque que le nombre de ces bacilles, qui est le même au moment de l'inoculation pour les deux séries d'animaux, augmente graduellement chez les non vaccinés, tandis que chez les vaccinés, après être resté stationnaire, il diminue à partir de la quatrième heure et cela rapidement. Or, le phagocytisme commence alors seulement à se manifester à partir de cette quatrième heure : « cela me donne à penser que chez

(1) *Société de Biologie*, 19 avril 1890. C. R.

(2) *Comptes rendus*, 6 nov. 1889.

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE.

L'OCULISTE JOHN TAYLOR.

Le 29 mars 1765, les bonnes gens de la ville de Reims, et les notables de la même ville pouvaient lire sur les murs ou recevaient à domicile les placards ci-après dont nous respectons l'orthographe :

« Monsieur,

« Le chevalier mentionné dans l'incluse vous fait ses compli-
« ments, et venant d'arriver en chemin pour Paris, attend ce matin
« le moment le plus favorable pour vous faire la reverence ce pro-
« posant ce soir de continuer son chemin. »

Ce samedi 29 mars 1765.
Logé à la maison rouge.

« Le Chevalier de Taylor, Oculiste Pontifical Impérial et Royal, savoir : de la cour Pontificale, de Sa Majesté Impériale, des Rois d'Angleterre, de Suède, de Dannemark, du feu Roi de Pologne, Auguste III, du feu Frédéric, Electeur de Saxe Sérénissime Père et Frère de Madame la Dauphine, de tous les Electeurs du S. Empire, du Prince Dom Philippe, Infant d'Espagne, Duc de Parme, Sérénissime Frère de l'Empereur et de plusieurs autres Têtes couronnées et Princes souverains : invite la Noblesse, Messieurs et Dames de distinction, et particulièrement la Faculté, ce matin, vers le onze heures, et point à d'autre heure.

Pour voir son Apparat, etc.

« Ouvrage achevé d'un travail immensé et l'unique du mondes sur-tout essentiel pour connoître les maladies des Yeux et l'Art de rétablir la Vue, l'effet d'une pratique des plus étendues et de longues années que personne n'a égalé dans ce siècle où nous sommes.

Le Chevalier vient d'arriver en passant.

« Dans l'Histoire de la vie du Chevalier, *écrite par lui même* et publiée depuis peu en Anglais, en 3 vol. in-8°, et qu'il a avec lui ; il a fait voir qu'il a été dans le cours de ses longs voyages en chaque,

« les animaux réfractaires, dit M. Bouchard, avant toute « intervention cellulaire, le microbe trouve des conditions « défavorables à sa multiplication » et plus loin il posait comme première conclusion que « chez l'animal qui a l'immunité « relative, les humeurs constituent un milieu moins favora- « ble à la prolifération du microbe. »

Dans la même séance, MM. *Charrin* et *Roger* (1) présentaient une note qui mettait en évidence l'action du sérum des animaux malades ou vaccinés sur le microbe pathogène.

Les expériences de Buchner (2) avaient établi que le bacille pyocyanique est celui qui résiste le plus aux propriétés microbicides du sérum; c'est sur ce bacille qu'ont porté les expériences de Charrin et Roger. Inoculant des lapins, ils ont examiné le sang à différentes périodes après la dernière inoculation. Quarante-huit heures après, les bacilles n'étaient pas encore éliminés ou détruits; quatre jours après, le sang renfermait encore des bacilles, mais ceux-ci, sur les milieux de culture, ne donnaient plus de pyocyanine. Plus tard l'organisme des animaux ne renfermait plus de microbes.

Le sérum de ces animaux, recueilli dans des tubes stérilisés, a donné des résultats identiques : il s'est opposé au développement du bacille pyocyanique, plus que le sérum des animaux réfractaires, mais moins cependant que celui des animaux en pleine maladie pyocyanique.

Les différences dans les cultures ne portaient pas seulement sur le *nombre* des colonies, mais sur les *fonctions* du microbe. Le bacille développé dans le sérum des animaux malades ou vaccinés *ne donnait plus de pyocyanine*, on en donnait moins que celui qui avait végété dans le sérum d'un animal sain.

Le pouvoir parasiticide du sérum augmente donc chez les animaux vaccinés; mais ce pouvoir n'est pas limité au sérum seul, d'autres tissus semblent posséder également cette propriété, et en particulier l'humeur aqueuse. Nous reviendrons plus loin sur ce sujet et sur les expériences de Gamaléia.

Dans une note présentée à la Société de biologie, (3) Charrin et Roger revinrent sur cette question, et montrèrent que le nombre des microbes et leur pouvoir chromogène ne sont pas seuls modifiés par la culture dans le sérum des vaccinés, mais que leur morphologie n'est pas moins différente. Dans ce dernier cas, les microbes ont leur forme modifiée et se présentent en chainettes à segments dissemblables, leur contenu se colore moins bien, il n'est pas rare d'y trouver des taches claires, enfin au lieu de nager librement, ils ont une grande tendance à se réunir et à se grouper en touffes. Il se passe là les mêmes phénomènes que ceux observés dans les cultures sur milieux antiseptiques.

Mais ce n'était pas seulement le microbe du pus bleu qui offrait ces modifications, lorsqu'on l'ensemençait dans de semblables conditions. Le streptocoque de l'erysipèle, ensemencé comparativement, donna, lui aussi, les mêmes modifications de culture : développement à peu près nul dans le sérum des animaux vaccinés.

On était donc tenté, après de semblables expériences, de considérer l'état bactéricide du sang d'un animal réfractaire à une maladie comme une condition suffisante pour expliquer sa résistance naturelle à cette maladie. Mais nous avons vu plus haut que les recherches de Nuttal, Charrin et Roger etc., ne permettaient pas cette hypothèse. Par contre l'inoculation préventive amenait le sang de ces animaux à cet état particulier qui empêche le développement microbien.

Sous l'influence de la vaccination, le sérum du cobaye voit s'augmenter sensiblement les propriétés bactéricides qu'il possède à l'égard du bacille du charbon symptomatique. L'expérience est encore plus nette chez le lapin (1).

On sait, en effet, que, par une particularité singulière, à l'inverse du cobaye, le sérum du lapin, réfractaire au charbon symptomatique, possède des propriétés microbicides très peu marquée à l'égard de l'agent pathogène de cette maladie. Or, sous l'influence de l'inoculation préventive, les propriétés bactéricides de ce sérum se développent dans de sensibles proportions.

Charrin et Roger purent conclure déjà de leurs expériences, que la *durée* de ces modifications dans les propriétés microbicides du sérum, n'était pas passagère, et qu'ils avaient pu l'observer encore au bout de 70 jours.

Metchnikof avait de son côté fait des constatations non moins intéressantes sur la bactéridie charbonneuse. En pratiquant des ensemencements dans le sang d'animaux vaccinés, il avait, il est vrai, obtenu une culture, mais *une culture dépouillée*

(1) *Comptes rendus*, 6 nov. 1889.
(2) *Loc. cit.*
(3) *C. R. de la Société de biologie*, 23 nov. 1889.

(1) *C. R. de la Société de biologie*, 19 avril 1890, MM. Charrin et Roger.

Royaume, Province, Etat et Cour, en présence de chaque Souverain et dans toutes les Villes de la moindre considération de l'Europe, sans exception. »

« Le Chevalier a eu l'honneur de donner ses Lectures devant le Présent et le feu Souverain Pontife Benoist XIV, du feu Empereur Pierre III de Russie et de l'Impératrice Régnante Catherine II, du Présent Empereur des Romains, de l'Impératrice-Reine, de l'Impératrice Douairière, de Charles VII, de Philippe V d'Espagne et de la Reine, de Jean V et de la Reine de Portugal, du feu Roi de Pologne, Auguste III et de la Reine, du feu Prince Royal Frédéric Electeur de Saxe, et de Madame la Princesse, du Présent Roi et de la Reine de Danemarck, du Présent Roi et de la Reine de Suède, de la feue Reine d'Angleterre et de la Cour, de tous les Électeurs en général du S. Empire et des Princes et Princesses de leurs différentes Cours; du Duc de Parme, Dom Philippe Infant d'Espagne, de Madame Première de France, de Mme l'Archiduchesse Sérénissime sœur de Charles VI, de feue Mme l'Archiduchesse d'Antriche, des Princes Charles de Lorraine, Saxe-Gotha, Anspach, Zerbst, Holstein, Mecklenburg, Weimar, Modène, Georgia, Du Doge de Venise, et de tous leurs Princes, Princesses et Noblesse et de leurs différentes Cours. Si le temps lui permet ici, d'en donner un échantillon, on en donnera avis. ».

AUJOURD'HUI LUNDI PREMIER AVRIL 1765.

« La Noblesse, les Messieurs et les Dames, et particulièrement la Faculté, sont par le présent, invités exactement à six heures du soir

A L'HÔTEL-DE VILLE

assister à un échantillon des discours académiques, sur l'Œil, ses beautés, et l'art de rétablir et de conserver la Vue, comme ils ont été donnés, en différentes Langues, *depuis bien des années*, devant toutes les Têtes couronnées, Princes Souverains, Universités des Scavans et Société en Europe,

Par le CHEVALIER DE TAYLOR

Oculiste Pontifical-Impérial et Royal, ici en chemin pour Paris.

Pour voix son APPARAT, etc.

« Ouvrage achevé d'un travail immense et l'unique du monde, surtout essentiel pour connaître les Maladies des Yeux et l'Art de réta-

de tout pouvoir virulent (cité par Bouchard : communication au Congrès de Berlin).

Cette atténuation subie dans le corps de l'animal vacciné par la bactéridie charbonneuse a été observée aussi par Charrin pour le microbe du pus bleu, par Emmerich et Mattei pour le bacille du rouget.

En somme la vaccination produit l'état bactéricide du sang ; Gamaléia l'a montré pour le charbon ; Charrin et Roger pour le bacille pyocyanique ; Behring et Nissen pour le vibrion de Metchnikof ; Zasslein pour le bacille du charbon symptomatique, et pour le vibrion cholérique ; MM. Behring et Kitasato pour le bacille du tétanos, non seulement pour le bacille lui-même, mais aussi pour les produits tétanigènes qu'il secrète (1) : Behring et Kitasato (2) puis Frænkel (3), en partie, du moins, pour la diphthérie.

Il n'y a d'ailleurs pas de relation à établir entre l'*abondance* des cultures obtenues dans du sérum de vaccinés ou de non vaccinés et leur *virulence*.

Roger (4), se servant de cultures virulentes de streptocoques de l'érysipèle dans ces conditions, a vu que le serum des vaccinés donnait dans certains cas une culture beaucoup plus abondante que le serum des non vaccinés. Il y avait donc là une contradiction avec les faits observés jusque-là. Mais cette contradiction n'était qu'apparente. *La virulence* était modifiée : les cultures faites dans le sérum des réfractaires se montrèrent avec des caractères expérimentaux prouvant leur atténuation, tandis que les autres avaient gardé une virulence qui s'est montrée très grande dans certains cas.

Une autre conclusion, non moins intéressante, c'était que les animaux neufs, inoculés avec le streptocoque provenant du sérum des vaccinés, réagissaient comme des vaccinés inoculés avec une culture virulente, et que par conséquent les modifications de virulence se passent de la même façon dans le corps de l'animal vacciné ou, *in vitro*, dans le serum du même animal.

III

Nous venons d'étudier, dans ce qui précède, l'action exercée par le sérum des vaccinés sur les propriétés vitales et pathogènes des microbes. Nous avons vu que cette action bactéricide du sérum était complexe et portait tantôt sur *le nombre des colonies microbiennes*, qui sont moins riches que dans le sérum d'animaux neufs (action microbicide proprement dite) ; tantôt *sur leurs propriétés chromogènes* (modifications des fonctions végétatives) ; tantôt *sur la virulence elle-même* (atténuation des microbes), quelle que fût l'abondance apparente de la culture.

De ces trois actions, la dernière est certainement la plus délicate et la plus intéressante.

Mais là ne s'arrêtent pas les phénomènes observés. On sait, en effet, que les microbes n'agissent que par le poison qu'ils sécrètent et que ces toxines, ainsi que l'a montré le professeur Bouchard, dans certaines maladies, s'éliminent par les urines. Leur présence dans le sang, pendant le cours de l'infection, est donc par là bien démontrée.

Or, les expériences de Behring et de Kitasato, celles de Gamaleia viennent de montrer que l'action bactéricide du sang peut s'exercer, non seulement sur les microbes eux-mêmes, mais sur les substances toxiques fabriquées par ceux-ci, en les détruisant dans l'intérieur de l'organisme.

Dans un travail de l'Institut d'hygiène de Koch (1), *MM. Behring et Kitasato*, après être parvenus à produire l'immunité pour le tétanos et pour la diphthérie, posaient la loi suivante à laquelle leurs recherches les avaient conduits :

L'immunité des lapins et des souris vaccinés contre le tétanos, *dépend de la propriété qu'a acquise le sérum de ces animaux de rendre inoffensives les toxines sécrétées par le bacille du tétanos*.

D'autre part, Behring, dans le même travail sur les rats réfractaires à la diphthérie et sur les cobayes vaccinés contre la maladie, avait vu que le sang des premiers était capable de détruire le poison diphthérique, d'où il concluait que l'immunité acquise chez les seconds n'avait pas d'autre raison d'être.

Les expériences que ces auteurs rapportent sont très démonstratives. Si l'on vaccine un lapin contre le tétanos, on peut lui injecter par la suite une dose de poison tétanique vingt fois plus forte que celle qui tuerait sûrement un lapin non vacciné.

Le sérum de ce lapin, inoculé à la dose de 0 cc. 2 dans le péritoine des souris, rend celles-ci réfractaires à une inoculation virulente. Mais la puissance antitoxique de ce sérum de lapin vacciné est encore mise en évidence d'une façon plus manifeste par l'expérience suivante :

Si l'on prend une culture de tétanos vieille de dix jours et filtrée, il suffit d'en injecter un *cinq cent millième de centimètre cube* à une souris pour la faire périr en quatre ou cinq jours ; si l'on mélange alors 1 centimètre cube de cette culture à 5 centimètres cubes de sérum de lapin vacciné et qu'on laisse agir le sérum pendant vingt-quatre heures, on obtient une solution qui, *à dose trois cents fois plus forte*, ne tue pas les

(1) *Deutsche medicin. Wochensch.*, 4 décembre 1890.
(2) *Ibid.*
(3) *Berliner klinisch. Wochensch.*, 3 décembre 1890.
(4) *Société de biologie, C.-R.*, 25 octobre 1890.

(1) *Deutsche medic. Wochensch*, 1890, n° 49.

---

blir la Vue, l'effet d'une pratique des plus étendues et de longues années que personne n'a égalé dans ce siècle où nous sommes. »

Le Chevalier vient d'arriver pour se rendre à Paris.

AUX MESSIEURS DE LA FACULTÉ.

« A l'égard de la Cataracte, il est question de Savoir laquelle de ces deux Méthodes a mérité la préféreuce, l'humiliation, ou l'extraction : cependant il y a cette différence, qu'on ne saurait espérer qu'après l'extraction la vue soit aussi parfaite qu'après l'humiliation, et cela par des raisons très connues des Savans en optique. Mais les Lunettes remédient bien à cette différence.

« Le CHEVALIER, si c'est un solide, pratique l'une et l'autre avec égal succès, mais lorsque la Cataracte est un fluide en tout ou partie, il se sert toujours de l'extraction, non suivant la manière en usage chez les autres, mais par une manœuvre toute nouvelle et de lui. Par sa Méthode de rétablir la Vue par l'humiliation du Chrystallin vicieux, étant solide, il ne peut y avoir aucune fâcheuse suite, parce qu'il ne blesse point de Nerfs étant en-dessous dans leur progrès et derrière eux dans leurs extrémités. Messieurs de la Faculté feront toujours honneur au CHEVALIER, en assistant à cette opération, aussi bien que de voir les différentes manières d'extracter la Cataracte, soit fluide ou solide. »

Qui était donc ce chevalier-oculiste-pontifical-impérial-royal et original pour ne pas dire plus, mentionné en quelques lignes seulement par certaines biographies générales, et pas du tout par d'autres, bien qu'il ait pris cependant la précaution d'écrire lui-même son autobiographie en trois volumes ? Je vais essayer de le faire connaître aux lecteurs de la *Gazette médicale*, grâce à l'obligeance de mon regretté confrère et ami Delacroix, de qui je tiens la plupart des documents qui m'ont servi à rédiger cette notice.

(*A suivre.*) Dr A. DUREAU.

souris à qui on inocule le mélange. Et, chose plus remarquable encore, les souris sont vaccinées.

Le sérum d'un vacciné est donc capable de détruire des quantités considérables de poison. Les auteurs se sont d'ailleurs assurés que le sérum de lapin non vacciné ne jouissait pas de cette propriété.

Il en est de même du sérum du bœuf, du cheval, du veau et du mouton.

Les mêmes auteurs sont arrivés à des résultats semblables en ce qui concerne l'immunité contre la diphthérie.

On connaît, après les travaux de Behring, de Fraenkel, cinq procédés capables de produire cette immunité chez les animaux (1). Ce sont :

1° L'inoculation d'un bouillon de culture de bacilles diphthériques chauffé à 70° pendant une heure (2), 10 à 20 cc. à des cobayes sous la peau du ventre.

2° L'injection dans le péritoine de cobayes d'une culture de quatre semaines sur laquelle on a fait agir, pendant seize heures, une solution à 1/500 de trichlorure d'iode (3).

3° L'injection de l'exsudat pleural des cobayes morts de diphthérie, à la dose de 10 cc.

4° L'injection à des cobayes contaminés de substances chimiques, telle que l'aurochlorure de sodium, la naphtylamine, l'acide trichloracétique, l'acide phénique, et en particulier le trichlorure d'iode (2 cc. d'une solution à 1 ou 2 0/0).

5° Enfin l'injection d'une solution à 10 0/0 d'eau oxygénée, dans de certaines conditions que nous ne pouvons signaler ici.

A côté de ces animaux à qui on confère une immunité plus ou moins parfaite, il en est d'autres qui sont dans l'état d'immunité naturelle vis-à-vis de la diphthérie, tels sont les rats et les souris. Or, animaux vaccinés ou animaux réfractaires, sont non seulement insensibles aux inoculations des bacilles diphthériques, mais encore protégés contre l'action nocive des produits solubles.

En employant les toxines obtenues par filtration de vieilles cultures, on arrive à cette constatation, que les lapins vaccinés supportent des doses de 3 à 5 cc. de cette culture, dose qui tue en 3 ou 4 jours les animaux neufs.

Et il ne s'agit pas ici d'une accoutumance au poison car, en employant progressivement des doses de toxine de plus en plus fortes, on arrive à faire disparaître l'immunité.

L'action du sérum dans la destruction des toxines est au contraire mise en évidence par l'expérience suivante :

Des rats naturellement réfractaires, comme on sait, reçoivent dans le péritoine une grande quantité de toxine. Trois heures après l'inoculation, on injecte leur sérum dans le péritoine de cobayes qui n'éprouvent rien, tandis que le sang d'animaux non réfractaires, infectés de diphthérie, rend les cobayes très malades, quand on l'injecte aux mêmes doses.

Enfin (*Behring l. c.*), *le sang des cobayes réfractaires est capable, en dehors de l'organisme, de rendre les toxines inoffensives.*

Les éléments figurés du sang ne semblent jouer aucun rôle dans ces phénomènes. Bien au contraire, en leur présence, les bacilles de la diphthérie se multiplient avec rapidité et leur virulence paraît être augmentée. Cette particularité mérite d'être rapprochée des faits observés par Büchner et dont nous parlions plus haut à propos de la disparition du pouvoir parasiticide du sang, quand ce dernier renferme les produits de dissolution des globules rouges (voyez plus haut, page 26, *Gaz. méd.* n° 3).

(1) Voir pour plus de détails les analyses qui ont été faites de ces travaux par M. Ricklin dans la *Gazette méd. de Paris*, n°s 50 et 51, 1890.

(2) Fraenkel. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1890, n° 49.

(3) Behring. *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1890, n° 50.

Jusqu'ici, nous avons vu que les toxines disparaissaient dans l'organisme des animaux vaccinés, mais restait une question à résoudre, avant d'attribuer au sérum, d'une façon absolue, la propriété de les détruire. M. Bouchard avait démontré, ainsi que nous l'avons signalé déjà, que les poisons microbiens s'éliminent par les urines, ou pouvait dès lors se demander si chez les animaux réfractaires, cette élimination n'était pas plus rapide ou plus parfaite.

M. Gamaleia (1) a montré qu'il n'en était pas ainsi.

Les lapins sont, ainsi que M. Gamaleia l'a montré, réfractaires au vibrion de Metchnikoff, et à sa toxine. Or les urines de ces animaux, ayant reçu de fortes doses de cultures stérilisées de ce vibrion, n'en renferment pas la toxine. Conclusion : celle-ci se détruit, dans l'organisme.

Pour le démontrer, M. Gamaléia a trituré avec une culture stérilisée, une rate extraite chez un lapin vivant, et, au bout de quelque temps (2 à 4 heures) le mélange, placé à 37° et filtré, ne possède plus aucun pouvoir toxique. Le sérum du sang de lapin s'est montré doué du même pouvoir, quoique à un moindre degré.

Mais ces recherches devaient le conduire à une conclusion intéressante, c'est que *la vaccination n'augmente pas les pouvoirs antitoxiques du sang et des humeurs.* Les animaux vaccinés sont aussi sensibles que les non vaccinés aux produits solubles. Ces faits ont été établis pour le vibrion de Metchnikoff et pour le vibrion cholérique par Gamaleia, et d'une façon encore plus manifeste pour le microbe du pus bleu par Gamaleia et Charrin. Ce qui augmente par la vaccination, c'est la propriété bactéricide du sang proprement dite, c'est-à-dire sa propriété *antiseptique*.

Il y a donc lieu, dès maintenant de distinguer deux actions du sérum du sang, considéré dans la lutte contre les microorganismes : d'une part *son action parasiticide, ou antiseptique*, que la vaccination augmente, et qui empêche le développement des bactéries ou en modifie la virulence, ainsi que nous l'avons établi plus haut; et, d'autre part, *son action antitoxique*, par laquelle les toxines élaborées par les microbes dans l'organisme sont détruites : cette action, que la vaccination n'augmenterait pas chez les vaccinés, serait la propriété du sang des animaux à immunité naturelle.

Cependant cette loi n'est pas absolue, et nous avons vu que, dans leurs recherches sur l'immunité contre le tétanos et contre la diphtérie, Behring et Kitasato avaient réussi à augmenter sensiblement le pouvoir antitoxique du sang par leurs procédés de vaccination. D'autre part, Chauveau a montré que le pouvoir antitoxique des animaux à immunité naturelle, comme celle des moutons algériens contre le charbon, avait ces limites au delà desquelles ces animaux se montrèrent tout aussi sensibles que les non réfractaires à des doses plus ou moins grandes de poison.

Quoi qu'il en soit, la question n'est pas encore jugée et appelle de nouvelles recherches.

(*A suivre.*) H. Barbier.

CLINIQUE MÉDICALE

PATHOLOGIE, SYMPTOMES ET TRAITEMENT DE L'ANÉMIE

Par le Dr Stephen Mackenzie, médecin du London Hospital.

(Conférences faites devant la Société médicale de Londres).

PREMIÈRE CONFÉRENCE

Le temps est venu, me semble-t-il, que nous pouvons grouper

(1) Gamaleia. *De l'immunité pour le vibrion de Metchnikoff.* (Soc. de Biologie, décembre 1890).

ntilement les travaux si soigneusement établis et si détaillés que des savants autorisés ont accomplis, ces dernières années sur l'anémie, tant ici même qu'à l'étranger; nous pourrons ainsi en présenter une vue d'ensemble claire et aisément compréhensible. Je vais donc me trouver obligé d'entrer en matière par quelques détails élémentaires qui vous sont d'ailleurs très familiers; et en effet nous ne pourrions indiquer les lésions du sang et ses altérations, si nous ne nous accordions pas d'abord sur ce que nous devons considérer comme ses conditions normales de santé, sur ses origines et ses fins. Qu'on le regarde comme un tissu ou comme un liquide, il existe un mécanisme par lequel, en état de santé, le sang conserve un titre normal, tant en quantité qu'en qualité.

Nous n'avons malheureusement aucun moyen clinique d'estimer la quantité du sang et nous sommes obligés d'accepter les données de la physiologie qui nous enseigne que cette quantité chez un homme, représente à peu près le treizième du poids du corps. Le sang est composé d'éléments figurés qui flottent dans un liquide, le plasma.

Le *plasma* est un liquide clair consistant en fibrine ou en facteurs de cette fibrine, et en sérum. Sa réaction est alcaline, à cause de la présence de phosphate bisodique et de bicarbonate de soude. V. Jaksch a montré récemment que cette alcalinité diminue dans l'anémie pernicieuse et dans la leucémie. Le sérum a une densité spécifique de 1026 à 1029 tandis que la densité du sang dans son ensemble est de 1035 à 1075. Le docteur Lloyd-Jones a tout dernièrement fait quelques expériences sur la densité spécifique du sang, démontrant ses variations sous les différents âges et sous l'influence de la nourriture et de l'exercice. Il est probable qu'une altération marquée de cette densité exerce une certaine influence sur les globules rouges. Dans l'anémie pernicieuse, sa densité spécifique oscille généralement en 1028 et 1038. Dans l'anémie, à un degré avancé, il existe une diminution marquée des substances albuminoïdes, surtout de l'hémoglobine.

Globules colorés ou globules rouges du sang. — Chez l'adulte leur dimension moyenne est de 7,5 μ (millièmes de millimètre) mais il peut s'en trouver dans les limites extrêmes varient de 2,5 μ à 14 on même 16 μ. Aux plus petits d'entre eux l'on a donné le nom de microcytes et aux plus grands celui de mégalocytes. Les dimensions des globules rouges sont influencées par l'âge et sont considérablement altérées dans certaines maladies. La quantité d'hémoglobine qu'ils contiennent varie également selon les conditions. Les globules nucléés qui existent dans l'embryon ne se trouvent probablement jamais dans le sang pendant la vie post-embryonnaire, sauf dans le cas de maladies. Le nombre normal des globules rouges varie de 5,500,000 à 4,000,000 par millimètre cube, mais en moindre quantité chez la femme que chez l'homme.

Origines des globules rouges. — Passons sous silence ces origines dans l'embryon. Après la naissance les globules rouges proviennent de la moelle des os, de la rate, et peut-être des glandes lymphatiques; mais la moelle constitue leur principale source.

Des divergences considérables existent quant à la façon dont ils naissent de cette moelle. Beaucoup d'auteurs croient qu'ils prennent leur origine dans le parenchyme médullaire soit des cellules de la moelle (Neumann, Osler, etc.), soit des leucocytes (Kölliker, Malassez, Gibson, etc...), tandis que Bizzozero et Torre, et plus récemment Denys, affirment qu'ils naissent entièrement dans les vaisseaux de la moelle. Gibson, qui a étudié la question avec beaucoup de soin, démontre que les globules rouges proviennent des cellules médullaires ou des leucocytes portés à la moelle, et qu'aux périodes primitives ils consistent en cellules qui d'abord possèdent un anneau très mince de protoplasma contenant de l'hémoglobine à la périphérie. Celui-ci s'accroît graduellement et finit par remplir tout l'espace situé entre la membrane d'enveloppe de la cellule et le noyau; et comme la substance prérinucléaire teintée d'hémoglobine devient plus considérable, le noyau semble devenir plus petit et se réfugie vers le centre de la cellule; d'ailleurs la cellule dans son ensemble devient plus petite. Il pense que le noyau est un agent très actif d'attraction pour l'hémoglobine et que quand celle-ci a pénétré dans la cellule en quantité suffisante, il disparaît. Osler croit que le globule rouge du sang nucléé dérive de la cellule médullaire bordée de clair, et qu'il n'y a pas de différence essentielle entre le protoplasma des deux cellules. Il pense que les cellules médullaires sans coloration dérivent d'éléments lymphoïdes très petits ressemblant à des noyaux libres (cellules lymphatiques primitives, proto-leucocytes). De plus les globules rouges viendraient des myéloplaxes et des cellules allongées du stroma (observations de Schæfer). Bizzozero, dans une note récente, a affirmé plus énergiquement encore ses premières expériences et a insisté si fortement sur certains points, d'ailleurs susceptibles de vérification, que j'ai cherché et obtenu l'assistance du docteur James Galloway afin d'instituer quelques recherches sur le développement médullaire des globules rouges. Ces recherches ont été faites sur des poules. Il faut attacher une grande importance à l'examen de la moelle fraîche, durcie simplement par immersion dans le liquide de Müller; pas de coloration des coupes.

Mais l'on peut retirer de grands renseignements des coupes traitées par divers agents colorants après un premier durcissement dans le bichlorure de mercure, puis un second dans l'alcool dilué avec une égale quantité d'une solution à 1 0/0 de chlorure de sodium, enfin durcissement complet dans l'alcool absolu.

Les observations du Dr Galloway et les miennes propres s'accordent avec celles de Bizzozero: l'on ne peut trouver de cellules teintées d'hémoglobine hors la lumière des vaisseaux sanguins.

La disposition vasculaire de la moelle est très particulière. Les troncs artériels et veineux sont situés dans l'axe et les veinules convergent de la périphérie vers l'axe comme les rayons d'une roue. Il existe une telle disproportion entre le calibre des petits capillaires artériels et celui de ces larges veinules que la circulation, dans ce dernier ordre de vaisseaux, doit toujours être très lente et favorise ainsi les modifications de développement dans les veinules. De plus, comme bien des expérimentateurs l'ont démontré (mais ce que nous n'avons pu contrôler à cause des restrictions qui existent dans notre pays aux recherches expérimentales sur les animaux), la moelle jaune est convertie en moelle rouge chez les animaux sur lesquels on a provoqué l'anémie par des saignées répétées. La cause en est surtout à la résorption de la graisse des cellules et à la grande dilatation des veinules. Chez les animaux sains jusqu'à un certain point, et chez les animaux anémiques à un degré plus grand encore, les globules, dans les veinules de la moelle, offrent une disposition que l'on ne retrouve dans aucune autre partie du corps. Dans l'axe des veinules se trouvent des globules rouges complètement développés; entre ceux-là et la périphérie du vaisseau l'on voit deux espèces de cellules, des leucocytes en nombre plus grand que dans les autres veines du corps et de jeunes globules rouges spécifiés par leur forme ronde ou légèrement ovale et les caractères de leur protoplasma et de leurs noyaux, dont plusieurs d'entre eux subissent la division indirecte (karyo-

kinèse). A ces globules rouges en voie de développement on a donné le nom d'érythroblastes. Il est établi par Bizzozero que chez les animaux anémiés l'on peut aisément déterminer trois zones : l'une centrale avec des globules rouges complètement développés ; une autre périphérique avec des leucocytes et des érythroblastes ; enfin une troisième, très large et intermédiaire avec des érythroblastes très abondants. Denys a constaté les mêmes faits mais il ne s'accorde pas avec Bizzozero sur la nature de ces érythroblastes.

Il affirme qu'ils sont dépourvus d'hémoglobine et qu'ils ne sont que des formations transitoires entre les leucocytes et les globules rouges. Bizzozero, d'autre part, prétend que les observations de Denys sont entachées d'erreur par suite de défectuosité dans les méthodes de durcissement et de coloration qui font perdre aux érythroblastes la matière colorante (hémoglobine). Les recherches du Dr Galloway et les miennes propres tendent à confirmer celles de Bizzozero ; et par un simple examen de coupes durcies simplement dans le liquide de Müller ou colorées par les réactifs de Müller ou de Foa, on peut se convaincre que les érythroblastes, à tous leurs degrés de développement, contiennent de l'hémoglobine. Pour résumer les conclusions de Bizzozero avec lequel je suis d'accord, l'on peut établir les faits suivants en ce qui concerne la moelle des os : 1° que la formation du sang est entièrement *endovasculaire* ; 2° que les jeunes globules rouges naissent de globules rouges plus anciens ; 3° qu'ils naissent par un procédé de division indirecte (mitosis). Les corpuscules décolorés naissent aussi par mitosis des cellules du parenchyme et des leucocytes contenus dans l'intérieur des veinules de la moelle.

Bizzozero a montré, il y a des années, que le développement des globules rouges dans la moelle se produit chez tous les vertébrés de la même façon que chez les oiseaux. Tous les observateurs s'accordent à déclarer que le corpuscule rouge nucléé est le précurseur immédiat du globule rouge arrivé à sa complète évolution et privé de noyau. Il y a encore bien des divergences d'opinion en ce qui concerne le processus par lequel ce noyau disparaît; les uns pensent avec Reindfleisch qu'il est expulsé de la cellule; les autres avec Kolliker et Neumann, qu'il subit une sorte de désintégration. L'on ne peut expliquer d'une manière satisfaisante comment les jeunes cellules acquièrent la forme discoïdale dans la théorie qui les fait provenir des leucocytes. Mais si l'on admet qu'elles naissent de globules rouges préexistants, il devient aisé de comprendre que c'est là une conséquence de leur complet développement.

Rôle hématopoïétique de la rate. — La rate ne paraît jouer qu'un rôle secondaire dans la formation des globules rouges, au moins à l'état de santé; mais ce rôle latent semble devenir très actif dans certains cas d'anémie. C'est un fait qui a été bien démontré, d'abord par Bizzozero et Salvioli et plus récemment par Gibson. *Les glandes lymphatiques* auraient également selon Gibson, une légère aptitude à donner naissance à des globules rouges; mais cela n'est rien moins que prouvé en ce qui concerne le corps thyroïde.

Lieux de destruction des globules rouges (hémolysis). — Un nombre considérable de globules rouges sont constamment détruits pour concourir à la formation de la bile, des pigments urinaires, et de bien d'autres substances colorantes dérivant de l'hémoglobine. L'endroit principal de cette destruction se trouve dans le système porte, et, en dehors de lui, dans la moelle des os. Ce difficile problème de la destruction des globules rouges a été soigneusement étudié par le Dr William Hunter.

Cet auteur a démontré qu'elle se produit de deux façons : 1° *L'une passive*, par terminaison naturelle du temps que les globules ont à vivre; elle est caractérisée par le volume important des granulations pigmentaires, toujours contenues dans les leucocytes et dans les capillaires, et jamais dans les cellules hépatiques; 2° *l'autre active*, l'hémoglobine abandonnant le globule pour entrer dans le plasma, et se trouvant secrétée par les cellules hépatiques, où l'on peut la retrouver, surtout dans la zone périportale. L'on ne s'accorde pas sur le point exact où se produit cette destruction active, Hunter pense qu'elle a lieu au niveau des radicules stomacales, intestinales et spléniques de la veine porte ; mais M. Mott et Schæfer ont émis des doutes sur le rôle de la rate. Dans la rate, la moelle (et les glandes lymphatiques?) l'on trouve certaines cellules qui sont nettement des globules rouges du sang subissant la désintégration.

(*A suivre.*)

REVUE DE THERAPEUTIQUE

LE REMÈDE DE KOCH DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS TUBERCULEUSES.

Suite (1)

XIX. — SUR L'ACTION DU REMÈDE DE KOCH DANS LES CAS DE LÈPRE, par MM. V. BABES et N. KALENDERO (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 3, p. 115).

XX. — LE TRAITEMENT DE KOCH COMBINÉ AVEC L'INTERVENTION CHIRURGICALE, par le prof. SONNENBURG, de Berlin (deuxième article). (*Ibidem*, p. 117.)

XXI. — GUÉRISON D'UNE ULCÉRATION TUBERCULEUSE DE LA CORNÉE, APRÈS SIX INJECTIONS DU REMÈDE DE KOCH, par le docteur SCHWANN (*Ibidem*, p. 116).

XXII. — PRÉSENTATIONS DE MALADES ET DE PIÈCES ANATOMIQUES, SE RAPPORTANT A L'EMPLOI DU REMÈDE DE KOCH, DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE, par MM. B. FRAENKEL, A. FRAENKEL, BAGINSKY et VIRCHOW (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1891, n° 3, p. 79).

XIX. — Les recherches de MM. Babes et Kalendero ont porté sur 5 cas de lèpre tuberculeuse et 2 cas de lèpre anesthésique. Les auteurs ont résumé sous forme de conclusions, les résultats de ces recherches.

Ils constatent d'abord que pour obtenir chez les lépreux la réaction fébrile consécutive aux injections de la lymphe de Koch, des doses égales ou légèrement supérieures à celles qu'on emploie chez les tuberculeux suffisent. Seulement cette réaction apparaît plus tardivement, au bout de 24 heures au plus tôt, exceptionnellement au bout de 12 heures. Elle a aussi une durée plus longue que chez les tuberculeux, mais elle se traduit par les mêmes manifestations.

Il est de règle que la réaction fébrile se reproduise pendant plusieurs jours, ce qui n'a été observé qu'exceptionnellement chez les tuberculeux. De même, contrairement à ce qui a lieu chez les tuberculeux, il est de règle que chez les lépreux les effets de plusieurs injections successives se surajoutent.

La réaction locale fait habituellement défaut chez les lépreux, à la suite des premières injections de lymphe. De plus, dans les cas de lèpre tuberculeuse, cette réaction locale est à peine appréciable au début. Plus tard seulement elle se manifeste par des modifications locales qui simulent un érysipèle au début.

(1) Voir les numéros 48, 49, 51, 1890, 2 et 3, 1891.

Une fois la réaction passée, l'infiltration lépreuse diminue habituellement, se dessèche : il semble que les tubercules lépreux se cornifient; ils s'érodent à leur surface et se recouvrent de croûtes sèches plus ou moins grosses.

Dans les cas de lèpre anesthésique, la réaction générale se produit avec la même facilité que dans les cas de lèpre tuberculeuse. La réaction locale est souvent très difficile à constater; dans un cas, cependant, elle s'est traduite par une rougeur très nette des taches lépreuses. D'une façon générale les effets du remède se traduisent par une amélioration progressive de l'état général et de l'état intellectuel, par un retour, quelquefois même par une exagération de la sensibilité au niveau des plaques d'anesthésie, par la dessiccation rapide des éruptions pemphigoïdes, par une amélioration des conditions de motilité aux membres atrophiés.

En somme, les caractères différents présentés par la réaction locale dans les cas de lèpre tuberculeuse et de lèpre anesthésique concourent à établir une ligne de démarcation entre la lèpre et la tuberculose. En tenant compte de ces divergences, nous pouvons, avec le remède de Koch, trancher la question de savoir si dans un cas donné nous avons affaire à la lèpre ou à la tuberculose, si la lèpre se complique de tuberculose, et si une affection trophoneurotique suspecte est ou non d'origine lépreuse.

La question de savoir si les améliorations obtenues avec le remède de Koch, dans des cas de lèpre, seront durables, si la lèpre est susceptible de guérir sous l'influence du nouveau traitement, est à réserver.

XX. — Dans cette seconde communication, M. Sonnenburg insiste sur ce que, dans le cours du traitement des affections tuberculeuses chirurgicales par le remède de Koch, des complications viennent souvent troubler la réaction fébrile et la marche de l'affection chirurgicale. Lorsque la température corporelle du sujet s'élève rapidement, à la suite de l'injection, et que la défervescence est complète le lendemain, c'est signe que la poussée fébrile est imputable exclusivement à l'emploi du remède. Lorsqu'au contraire la marche de la température s'écarte de ce type normal, lorsque surtout les rémissions matutinales ne descendent pas au niveau physiologique, on peut être certain qu'une complication est en cause. En tête de ces complications figurent les retentions de matière purulente, en rapport avec l'accroissement de sécrétion, dû aux injections de lymphe. On peut s'en convaincre surtout dans les cas d'affections chirurgicales tuberculeuses avec persistance d'une fistule. M. Sonnenburg en cite plusieurs exemples, où la réaction fébrile consécutive aux injections de lymphe de Koch n'a présenté ses caractères typiques qu'après qu'on eut dilaté des trajets fistuleux et drainé la plaie. Toute rétention de pus ou de sécrétion morbide exercera cette influence pertubatrice, qu'elle ait pour siège une jointure, le voisinage d'un os, la partie sous-jacente à des croûtes de lupus ou une caverne pulmonaire.

La fièvre peut encore être entretenue par une infection secondaire (infections mixtes), qui vient se greffer sur l'infection tuberculeuse. La suractivité imprimée aux sécrétions morbides fournit en quelque sorte un aliment, un terrain de culture plus favorable à la végétation des bactéries. C'est ainsi que dans un cas mentionné par Sonnenburg, la sécrétion morbide recueillie après dilatation d'une fistule en communication avec le bassin a fourni, après ensemencement, une culture pure du staphylococcus pyogènes albus ; de la sécrétion provenant d'une fistule qui contournait le grand trochanter, on a isolé le streptococcus. Dans un autre cas, la sécrétion morbide contenait également le staphylococcus pyogènes albus, et, dans un autre cas, le staphylococcus pyogènes aureus. Ainsi s'explique l'action pyogène consécutive du remède de Koch, signalée par différents auteurs.

Il va sans dire que les complications du genre de celles qui viennent d'être mentionnées entravent l'action curative du remède de Koch ; il faut d'abord écarter ces complications, pour pouvoir retirer des injections de lymphe les effets salutaires qu'elles sont susceptibles de produire. M. Sonnenburg cite une observation à l'appui. Il publie également un cas de guérison complète, qui concerne un garçon de 4 ans, affecté d'une périostite tuberculeuse à foyers multiples. L'enfant était en traitement depuis le mois d'avril dernier. On lui avait fait, à plusieurs reprises, des incisions et des grattages des surfaces osseuses malades. Le traitement par des injections du remède de Koch fut institué le 24 novembre. Le 26, l'articulation tibiotarsienne, en apparence saine jusqu'alors, se tuméfia et devint douloureuse. On put, chez ce malade, augmenter rapidement les doses de lymphe injectée. Une fois que la dose eut atteint 15 milligrammes, les injections n'ont plus développé de réaction appréciable. Partout les foyers de suppuration s'étaient cicatrisés, et les cicatrices étaient indolentes. La santé de l'enfant ne laissait rien à désirer. La dernière injection a été de 5 centigrammes.

XXI. — Le sujet de l'observation de M. Schwann, une petite fille de 9 ans, avait perdu sa mère, morte de la tuberculose pulmonaire, dans le courant de l'été dernier. Lors de son entrée à l'hôpital, la jeune malade présentait une double lésion tuberculeuse superficielle; une ulcération de la largeur de la paume de la main, dans la région du sternum ; une ulcération de la cornée à droite, du diamètre d'une lentille. Après six injections du remède de Koch, aux doses respectives de 1, 2, 3, 5, 7 et 10 milligrammes, pratiquées à des intervalles de deux jours, l'ulcération de la cornée était complètement cicatrisée ; la cornée ne présentait plus aucune trace d'une opacité. L'ulcération de la région sternale était également en voie de guérison.

XXII. — M. B. Frænkel a entretenu la Société de médecine de Berlin (séance du 14 janvier) des cas de tuberculose qu'il a traités par les injections de la lymphe de Koch et dont il avait déjà fait l'objet d'une précédente communication : un malade, affecté d'une tuberculose du pharynx, est mort subitement d'une péritonite. L'autopsie a montré qu'il s'agissait d'une péritonite par perforation. L'intestin du sujet était parsemé d'ulcérations tuberculeuses; l'une d'elles, située à 2 mètres audessus de la valvule de Bauhin, s'était perforée. Les deux poumons étaient le siège de vastes cavernes; délabrements considérables dans le pharynx et le larynx, où le remède avait désorganisé le tissu tuberculeux sans toucher aux bacilles.

Chez un malade affecté d'une phtisie du poumon droit et d'une tuberculose laryngée, la dose du remède injectée en une fois a pu être portée à 10 centigrammes; cette dose ne développe plus de réaction. Le malade a maintenant une mine florissante. Les signes en rapport avec la lésion pulmonaire se sont réduits à des restes de peu d'importance.

L'état du larynx ne s'est pas modifié. Depuis le 14 décembre le poids corporel du malade a augmenté de 6 livres. A noter toutefois que les crachats renferment toujours un nombre considérable de bacilles.

Chez un autre malade, affecté d'un lupus du nez, chez un troisième atteint d'une tuberculose du larynx et des poumons, et chez une demoiselle dont le larynx est envahi par les lésions

du lupus, le traitement par le nouveau remède a produit des améliorations très franches. Enfin un cinquième malade, dont la paroi postérieure du larynx était au début du traitement occupée par des lésions tuberculeuses, peut être considéré comme guéri. Dans les quinze derniers jours son poids corporel a augmenté de 2 kilogrammes. Les crachats ne renferment plus de bacilles. La dose de lymphe injectée a été portée à 10 centigrammes.

— M. A. Fraenkel a été moins heureux dans un cas de tuberculose de la langue, qui réalise actuellement une association des deux formes ordinaires de cette localisation de la tuberculose : tubercules agglomérés sous forme de nodules logés dans l'épaisseur de l'organe, tubercules miliaires disséminés à la surface. Le malade, un jeune homme de 25 ans, est en traitement depuis 7 semaines et demi. Il était entré avec les signes de lésions pulmonaires des deux côtés. La langue était normale. On lui a fait en tout 35 injections, d'une valeur totale de 360 milligrammes. D'une façon générale la réaction fébrile a été faible. Dans le cours du traitement, de petites pertes de substances sont apparues sur la partie antérieure de la moitié droite de la langue.

Ces ulcérations, au niveau desquelles on ne constatait pas encore la présence des bacilles spécifiques, ont augmenté d'étendue. Quatre semaines après l'apparition de ces petites ulcérations, le bord droit de la langue a été envahi par une infiltration bien manifeste. Puis les ulcérations ont gagné en étendue, sont devenues confluentes ; à leur pourtour se sont formés des dépôts jaunâtres, dont le volume, d'un grain de mil d'abord, est devenu celui d'une lentille. Puis il s'est formé une ulcération creusée en entonnoir, tapissée de granulations molles, saignantes au toucher. La sécrétion morbide renfermait maintenant des bacilles en très grand nombre.

Depuis lors, l'infiltration de la langue a fait des progrès considérables. Au toucher on sent maintenant une nodosité dure, du volume d'une petite noix, douloureuse, à bords dentelés. Dans les trois derniers jours il s'est fait une éclosion de nombreux tubercules miliaires, superficiels. L'ulcération principale de la langue mesure 2 centimètres en longueur et 1 centimètre en largeur. De plus, la veille du jour où a eu lieu cette communication le malade s'est plaint d'une douleur à l'anus. On a constaté l'ouverture d'un abcès du volume d'une noisette, situé à 2 centimètres au-dessus de l'anus. L'abcès a été incisé ; le pus qui s'en est échappé tenait en suspension un grand nombre de bacilles de la tuberculose.

— M. Baginski revient sur le cas de lupus du nez et de tuberculose des gencives qui avait fait l'objet d'une présentation de la part de M. Litten (voir *Jour. des Soc. sc.*, 1890, n° 51 p. 519); c'est cette malade qui s'était inoculé la tuberculose en se servant du mouchoir de sa sœur tuberculeuse. On l'a soumise au traitement par le remède de Koch le 28 novembre; jusqu'au 13 janvier on lui a fait 23 injections de lymphe; la dose de la dernière a été de 13 milligrammes. Au début les réactions locale et générale ont présenté une grande intensité.

Mais voici qu'à la suite de la quatorzième injection une tumeur glandulaire a fait son apparition au niveau de l'angle du maxillaire, à gauche ; en même temps les ganglions sous-maxillaires se sont engorgés. Après la 21ᵉ injection, la malade s'est plainte dans la nuit, d'une violente douleur dans la région du cou, à gauche. Le lendemain on trouvait l'amygdale gauche rouge, tuméfiée, parsemée de nodosités tuberculeuses. Quant au reste, l'état des gencives ne s'est pas modifié. Par contre l'ulcération tuberculeuse du nez paraît être cicatrisée. A son pourtour il s'est également fait une éclosion de nodosités grises.

— M. Virchow, entre autres préparations intéressantes, a présenté les pièces anatomiques provenant d'un tuberculeux qui avait été traité par les injections du remède de Koch durant les quatre semaines qui ont précédé sa mort. Sur l'intestin de ce sujet on découvre les « proliférations médullaires » que Virchow avait déjà signalées dans sa précédente communication. Cette lésion avait la même distribution que les ulcérations de la fièvre typhoïde (plaques de Peyer); en certains points elle avait abouti à des ulcérations. Les ganglions de voisinage étaient tuméfiés, et à leur niveau le péritoine était parsemé de tubercules miliaires.

Chez un autre sujet dont les pièces ont été présentées, la séreuse intestinale était le siège d'éruptions submiliaires récentes.

A citer encore le cas d'un étudiant de 25 ans, chez lequel les injections du remède de Koch ont provoqué « une perforation rapide de la plèvre avec pneumothorax consécutif ».

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Guide de dissection et Résumé d'anatomie topographique, par le Dr Kuborn, assistant à Liège (Carré, 1890).

Il existe deux grandes méthodes générales de travail d'amphithéâtre : l'une consiste à préparer successivement les muscles, les vaisseaux, les nerfs et les articulations : c'est celle des élèves qui débutent ; l'autre, consiste à disséquer les organes par régions, plan par plan, couche par couche, et, sans négliger l'étude analytique de chacun d'eux, à étudier plus spécialement, en faisant une sorte de travail synthétique, leurs rapports réciproques et leur topographie : c'est celle des élèves qui ont déjà fréquenté les salles d'anatomie. En France, nos étudiants apportent à l'amphithéâtre un livre d'anatomie descriptive et préparent surtout d'après la première méthode, sur les indications de l'ouvrage qu'ils ont entre les mains ; s'ils travaillent d'après les données d'un traité d'anatomie topographique, ils sont vite dans l'embarras, car nos auteurs, envisageant surtout les choses au point de vue chirurgical, négligent absolument de leur donner des conseils pratiques de dissection. En Angleterre et en Ecosse les élèves sont exercés à faire leurs études de cadavres en suivant l'ordre topographique ; à Edimbourg en particulier, sir William Turner, et à Dublin, sir J. Cunningham dirigent dans ce sens leur enseignement anatomique. C'est à mon avis la meilleure méthode, et celle que je fais suivre aux élèves qui fréquentent mon pavillon de l'Ecole de Clamart. Aussi ai-je lu avec intérêt le traité du Dr P. Kuborn qui n'est, du reste, au dire même de l'auteur, qu'un résumé du manuel du professeur Cunningham. C'est là un vrai guide de dissection d'anatomie topographique : la manière d'étudier sur le sujet chacune des régions de l'économie est indiquée avec soin ; puis les organes qu'elle contient sont décrits couche par couche, avec une grande précision et une grande exactitude, souvent même avec bien des détails qu'au premier abord on n'espérerait point trouver dans un *vade-mecum*.

A coup sûr, ce petit traité, que son auteur présente très modestement aux élèves, ne saurait remplacer un livre d'anatomie descriptive, ni même peut-être, comme l'écrit P. Kuborn, un livre complet d'anatomie topographique. Mais il est à mon avis un excellent guide de dissection. Je ne con-

nais rien à cet égard qui puisse le remplacer : c'est vraiment un livre nouveau, comme nous n'en avons pas; il sera très utile aux élèves qui fréquentent l'amphithéâtre, auxquels il facilitera singulièrement la besogne et qu'il dispensera, sans qu'ils aient à en souffrir, de tout autre ouvrage d'anatomie. C'est donc un très bon livre

Dr PIERRE SEBILEAU.

NOTICE SUR LA QUINOIDINE, par E. DURIEZ. (Paris, chez V. Goupy et Jourdan, éditeurs.)

Il y a quelques années, notre distingué confrère le Dr Burdel, de Vierzon, dans une lecture à l'Académie de médecine de Paris, appelait l'attention du corps médical sur les succès qu'il obtenait, contre les fièvres de la Sologne, avec un dérivé du quinquina, la *quinoïdine*, récemment soumise à son expérimentation.

« J'ai vu, disait-il, si fréquemment les sels de quinine *échouer*, et, par contre, les *extraits du quinquina réussir si admirablement*, contre les fièvres intermittentes chroniques, que, partant de ce principe, j'ai, depuis longtemps déjà, remplacé, dans le traitement de celles-ci, les différents sels de quinine, par le quinium d'abord et aujourd'hui *par la quinoïdine*.

« Avec des doses journalières, dont le poids excède rarement 1 gramme, non seulement on évite les récidives, mais on guérit admirablement les fièvres quartes ou la cachexie. »

Les propositions précédentes ont reçu depuis lors de nombreuses confirmations dont la presse médicale s'est faite l'écho à diverses reprises. M. Duriez, qui a préparé la quinoïdine expérimentée par le savant praticien, a eu l'idée de réunir, dans une notice, les diverses publications dont elle a été l'occasion, ainsi que les principales communications qui lui sont parvenues directement.

Il résulte de ces divers documents que la quinoïdine, dans certaines périodes de l'intoxication fébrigène, répond aux mêmes indications que les préparations ordinaires du quinquina : poudre, vin, sirop, extrait...., mais avec une bien plus grande puissance d'action. Son efficacité, lorsqu'elle est pure, est suffisante pour lui permettre de suppléer, dans ces cas, la quinine elle-même, de lui être, pour le moins, un auxiliaire précieux. Si, dans d'autres circonstances, lorsqu'on se trouve en présence d'accès pernicieux, par exemple, il faut préférer la quinine à cause de sa plus grande promptitude d'action, on doit, au contraire, reconnaître la quinoïdine, comme supérieure à cette dernière, dans la fièvre quarte et dans la cachexie, parce que, si son action est plus lente, elle est en revanche plus durable.

Nous croyons devoir signaler à ceux de nos confrères, qui seront tentés d'éprouver l'efficacité de ce dérivé du quinquina, la notice de M. Duriez et nous en reproduisons ici le sommaire : *Origine de la quinoïdine. — Expérimentation et résultats obtenus. — Doses. — Formes pharmaceutiques. — Extraits des mémoires à l'Académie de médecine. — Publications et communications diverses;* c'est, on le voit, un exposé très complet de la matière. P. G.

BULLETIN

LA DERNIÈRE COMMUNICATION DE M. KOCH SUR LA TUBERCULOSE. — TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE POUR LA TRANSFUSION DU SANG D'UN ANIMAL RÉFRACTAIRE A L'INFECTION TUBERCULEUSE. — LA VACCINATION OBLIGATOIRE.

M. Koch vient de finir par où il aurait dû commencer. Ainsi que nous l'annoncions à la fin de notre dernier *Bulletin*, il s'est enfin décidé à faire connaître l'origine et le mode de préparation de sa fameuse lymphe : le dernier numéro du *Journal des Sociétés scientifiques* contient la traduction textuelle de sa récente communication.

Quand nous disons *faire connaître*, nous forçons légèrement la note, car les indications que donne le médecin de Berlin paraîtront assez vagues à la plupart des bactériologistes. En tout cas, il n'y avait certainement pas à craindre, avec de semblables indications, ainsi que l'ont avancé M. Koch et le ministre de l'Instruction publique d'Allemagne, pour justifier le secret gardé sur la composition du remède, il n'y avait pas à craindre, disons-nous, que la fabrication de ce remède se fît sur une grande échelle et par des mains plus ou moins inhabiles ou incompétentes. Elle ne pouvait, en effet, et ne peut encore que se circonscrire dans l'intérieur de laboratoires suffisamment pourvu quant au personnel et au matériel, et ces laboratoires, en définitive, ne sont déjà pas si nombreux. Par contre, si la divulgation du remède eût été faite en temps opportun, elle eût épargné à M. Koch une tache dans sa carrière de savant, à l'Allemagne une défaite scientifique dont elle aura quelque peine à se relever, enfin, ce qui importe plus, à bon nombre de malheureux phtisiques une aggravation de leur état ou même une mort anticipée.

Ce n'est pas par une conception géniale et par conséquent nouvelle que M. Koch est arrivé à la découverte de la lymphe et de ses applications; il n'a fait que s'inspirer des idées et suivre les errements de tous les bactériologistes qui, depuis l'impulsion donnée par M. Pasteur, et l'Ecole française, poursuivent les recherches relatives à la prophylaxie et à la cure des maladies infectieuses. La préparation de son *extrait glycériné de cultures pures de bacille*, est certes fort intéressante, mais elle constitue un simple procédé, parmi tant d'autres dont s'enrichit chaque jour la technique bactériologique. Sans doute que si cette préparation eût été connue plus tôt, elle ne fût devenue l'objet d'études de contrôle et de perfectionnement. A l'heure actuelle, M. Koch ignore encore la *constitution* de la substance active de sa lymphe; il ne sait pas davantage la quantité de cette substance active que celle-ci contient. Avec les difficultés et les incertitudes de préparation qu'elle présente, elle ne saurait donc offrir une composition constante ni, par conséquent, le même degré d'activité. Or, cette inégalité de composition et d'activité, pour une substance aussi énergique, en accroît considérablement les dangers dans ses applications à la thérapeutique humaine: A ce point de vue, M. Koch a encouru une grande responsabilité, en cédant à la pression du gouvernement prussien, et en portant sur le terrain clinique les produits d'une préparation incertaine et les résultats d'une expérimentation insuffisamment étendue et contrôlée.

M. Koch se délivre à lui-même, avec une facilité qui nous surprend un peu, un satisfecit à propos des résultats obtenus jusqu'ici de l'emploi de son remède. « Des voix isolées seulement, dit-il, ont prétendu, non seulement que l'emploi du remède peut devenir dangereux dans des cas trop avancés, ce que l'on peut concéder à la rigueur, mais encore qu'il provoque l'éclosion du processus tuberculeux, que, par conséquent, le remède est dangereux de par sa nature. Depuis un mois et demi, à l'hôpital Moabit, chez environ 150 malades affectés des formes les plus variées de la tuberculose, j'ai eu personnellement l'occasion de recueillir de plus amples données qui confirment l'action curative et l'utilisation diagnostique du remède. Je puis dire seulement que tout ce que j'ai vu dans ces derniers temps est en harmonie avec mes précédentes observations, et que je n'ai rien à changer à ce dont j'ai rendu

compte antérieurement. » On ne saurait mettre en doute la bonne foi du savant allemand, mais il est permis de penser, si l'on compare les résultats dont il parle à ceux qui ont été constatés en Allemagne, comme dans les autres pays, par les divers observateurs qui ont expérimenté sa méthode, ou qu'une sélection préalable a été faite pour les malades admis à l'hôpital Moabit, ou que M. Koch est tombé sur une série heureuse, comme cela se rencontre parfois en clinique. La communication de M. Virchow fait un vigoureux contre-poids à l'optimisme de son collègue (1).

Sur la foi en l'autorité scientifique de M. Koch, tout en faisant les plus grandes réserves sur la valeur thérapeutique de son remède et sur les résultats déjà annoncés, nous avons été des premiers à en conseiller l'essai avec toute la prudence qu'exige l'emploi d'un médicament inconnu. Aujourd'hui, après la démonstration éclatante des dangers auxquels on peut exposer les malades, et en présence des *desiderata* que, pour M. Koch lui-même, présente la préparation de son remède, nous sommes d'avis qu'il y a lieu de surseoir à toute nouvelle expérimentation clinique sur l'homme. Tant qu'on n'aura pas pu isoler la substance active de ce remède, tant qu'on ne pourra pas titrer rigoureusement les solutions, extraits ou préparations quelconques qui la renferment, tant qu'on ne l'aura pas largement expérimentée, non seulement sur des cobayes, mais sur différentes espèces animales jouissant, soit de la réceptivité, soit de l'immunité à l'égard de la tuberculose, tant que la lumière, en un mot, n'aura pas été faite sur un si grand nombre de points qui restent obscurs, l'essai de *l'extrait glycériné de cultures pures de bacilles* devra être circonscrit dans l'enceinte des laboratoires, d'où il n'aurait pas dû encore sortir.

En attendant, une leçon ou, si l'on aime mieux, une morale se dégage des faits auxquels nous assistons : c'est que, lorsqu'un remède nouveau et secret est proposé, de quelque autorité que jouisse l'inventeur, sous quelque haut et puissant patronage qu'il s'abrite, on ne doit l'accueillir, en thérapeutique humaine, que lorsque le secret a été dévoilé et que la composition et l'action du remède ont reçu la sanction de la critique expérimentale.

— Nombre de bactériologistes, à l'exemple de M. Koch, ont cherché dans les produits de cultures du bacille de la tuberculose un vaccin, sinon un remède contre le processus tuberculeux. D'autres, et il faut citer en tête MM. Ch. Richet et J. Héricourt, ont songé à transmettre à un animal tuberculisable une immunité plus ou moins grande contre l'infection par la transfusion ou l'introduction, dans son économie, du sang d'un animal réfractaire à la tuberculose. Les résultats des deux expérimentateurs ont été communiqués à la Société de biologie et nos lecteurs en ont pu prendre connaissance dans le *Journal des Sociétés scientifiques*, qui publie les comptes rendus de cette société. Ce qu'il convient ici de retenir de leurs expériences, c'est que la transfusion, ou mieux l'infusion péritonéale, qui permet d'agir sur de plus grandes quantités, du sang de chien à des lapins, atténue et retarde chez ces derniers l'évolution de la tuberculose, et qu'on peut rendre cette action plus intense et plus manifeste, en prenant comme transfuseur un chien auquel on a préalablement injecté une certaine quantité d'un virus tuberculeux très actif.

L'application à l'homme de ces données expérimentales ne pouvait tarder à se faire, d'autant mieux que, conduite avec prudence, elle n'offre pas de danger. Parmi les animaux réfractaires à la tuberculose, dont on peut utiliser le sang à cet effet, figurent en première ligne le chien et la chèvre. MM. Bertin et Pick (de Nantes) et M. Lépine ont injecté de 12 à 80 gr. de sang de chèvre dans le tissu cellulaire de malades atteints de tuberculose, et n'ont constaté aucun accident général ou local, sauf dans deux cas de M. Lépine un empâtement dur et douloureux qui a duré pendant plusieurs jours au siège de l'injection. M. Lépine fait du reste observer, avec raison, qu'il n'est ni nécessaire, ni utile d'injecter le sang en nature, que les globules sont plutôt nuisibles et qu'il suffit d'injecter le sérum. MM. Ch. Richet, Langlois, Héricourt et Saint-Hilaire ont, de leur côté, pratiqué chez l'homme, avec une innocuité parfaite, des injections sous-cutanées de sérum de chien à la dose d'un et de deux centimètres cubes. Voilà donc un premier point démontré : l'injection sous-cutanée du sérum sanguin d'un animal réfractaire à la tuberculose peut être pratiquée sans danger chez l'homme.

Quel sera le choix de l'animal transfuseur? Nous venons de parler de la chèvre et du chien. Sont-ils également réfractaires à la tuberculose? Une observation de tuberculose chez le chien, communiquée à la Société de biologie, par MM. Cadoit, Gilbert et Roger semblerait démontrer que l'immunité de cet animal n'est que relative. D'un autre côté, M. Lépine a démontré expérimentalement que le sérum du sang de la chèvre est moins nuisible aux hématies de l'homme que le sérum du sang de chien. Pour ce double motif, et en attendant de nouvelles expériences, le sang de la chèvre semble donc préférable à celui du chien et c'est aussi celui que M. Lépine emploie dans des expériences qu'il vient d'inaugurer, et dont nous aurons à faire connaître plus tard les résultats. Nous nous bornons aujourd'hui à signaler cette voie nouvelle ouverte aux expérimentateurs et aux cliniciens, en faisant observer à ces derniers qu'il ne s'agit plus d'introduire dans l'économie de leurs malades une substance d'une toxicité vraiment effrayante, mais un sérum inoffensif.

— *L'Académie de médecine* a entendu, dans la dernière séance, la contre-partie de la thèse soutenue par M. Le Fort. M. Proust a attaqué l'argumentation de notre collègue par la base, en montrant qu'elle reposait sur des renseignements et des chiffres erronés. Il produit à son tour des statistiques qui démontrent les heureux résultats de la vaccination et de la revaccination obligatoires. La comparaison de la mortalité par variole dans différents pays est, à ce point de vue, probante. Ainsi en Allemagne, depuis que la vaccination et la revaccination sont obligatoires, cette mortalité est de 2,23 00 environ ; en Angleterre, où la vaccination seule est obligatoire, elle est trois fois plus grande ; en Autriche, où nulle obligation n'existe, elle est vingt-sept fois plus forte. La ville de Paris, à elle seule, compte plus de décès par variole que tout l'empire allemand. Rappelant un mot heureux de Bouley, M. Proust dit que la liberté de répandre les maladies est une de celles que l'intérêt commun ordonne le plus de réfréner. En présence de l'utilité, mais de l'insuffisance notoire de l'isolement et de la désinfection, l'obligation légale de la vaccination et de la revaccination s'impose aux suffrages de l'Académie comme plus tard au vote de nos assemblées parlementaires.

M. Dujardin-Beaumetz a attaqué la thèse de M. Le Fort sur un autre terrain, sur celui de la liberté individuelle, si

(1) Le nombre des cas de mort consécutive aux injections de la lymphe de Koch augmente chaque jour. La *Semaine médicale* publie, dans son dernier numéro, une observation très probante prise dans le service de M. Grasset à Montpellier, et dans laquelle on a vu, par l'influence d'une injection d'un milligramme de lymphe, une tuberculose limitée et apyrétique se transformer en phthisie galopante et se terminer par des hémoptysies foudroyantes.

justement d'ailleurs chère à ce dernier. Il a montré que les deux mesures acceptées et préconisées par M. Le Fort, c'est-à-dire l'isolemunt et la désinfection, sont, bien plus que la vaccination et de la revaccination, attentatoires à cette liberté. Chemin faisant, il a fait une allusion discrète, mais parfaitement justifiée, aux difficultés que rencontrera toujours la mise à exécution des mesures d'hygiène publique, mesures qui, le plus souvent, froissent les intérêts privés des électeurs. Il importe donc que l'application de ces mesures soit sauvegardée par l'institution d'une loi de police sanitaire.

La discussion sur la dépopulation en France a, comme on voit par les discours de MM. Le Fort, Proust, Dujardin-Beaumetz, Hervieux, un peu dévié ; pas autant cependant qu'on pourrait le croire de prime abord, car les mesures sanitaires propres à diminuer la mortalité générale rentrent nettement dans la question. De ce nombre sont évidemment la vaccination, la revaccination, l'isolement des malades, la désinfection des locaux et des objets contaminés L'opportunité, la nécessité de ces mesures sont hors de toute contestation. Faut-il les rendre légalement obligatoires? non, disent quelques-uns, oui, répond le plus grand nombre. Il ne faut pas se dissimuler que la question n'est pas encore près d'être résolue par les pouvoirs publics, car elle suppose au préalable l'institution de ressources et de toute une organisation rendant possible et même facile l'obéissance à cette obligation. Il importe donc que chaque médecin soit bien pénétré des nécessités et des *desiderata* de l'hygiène publique, et use de son initiative, de son autorité propre pour assurer, autant que possible, dans sa sphère d'action, la prophylaxie des maladies transmissibles.

Dr F. DE RANSE.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique de France (*Séance du 19 janvier*). — M. Proust rend compte de la situation sanitaire à l'étranger.

Le choléra est décidément entré dans une période de décroissance très marquée. Dans le vilayet d'Alep on n'a compté que 8 décès cholériques durant la semaine qui vient de s'écouler; dans celui d'Adana, 5 décès; dans celui de Momouret-al-Aziz, 2 décès. Il n'y a eu aucun cas dans le vilayet de Diarbékir.

Seul, le vilayet de Beyrouth donne un chiffre élevé de mortalité cholérique. La semaine dernière, on a constaté 109 cas, tandis qu'il n'y en avait eu que 30 la semaine précédente. A Tripoli, le choléra décroît. En somme, on peut présumer avec vraisemblance que l'épidémie disparaîtra prochainement, à moins qu'il ne se produise de ces cas imprévus avec lesquels il faut toujours compter quand il s'agit de choléra.

Épidémies.—La scarlatine règne épidémiquement parmi les troupes de la garnison de Périgueux. Depuis le 1er janvier, soixante malades sont entrés à l'hôpital. Des mesures sont prises pour arrêter l'extension de l'épidémie.

Vente du remède de Koch. — Le remède de Koch, selon certains journaux, va être mis à la disposition de tous les médecins. La vente s'effectuera dans les pharmacies avec les mêmes restrictions imposées aux remèdes toxiques. Les plus grands flacons contiendront un gramme.

L'État a renoncé à monopoliser la fabrication. Il se bornera à exercer son contrôle sur les établissements auxquels il accordera la concession de fabriquer la lymphe. Ces établissements livreront la lymphe aux pharmacies en indiquant combien de temps elle peut servir. Ils s'engageront en outre à changer les flacons non utilisés dans les délais voulus contre des flacons de lymphe fraîche.

Revision de la loi sur les aliénés. — M. J. Reinach déposera prochainement, sur le bureau de la Chambre des députés, une proposition de loi revisant la loi de 1838 sur les aliénés et reproduisant, dans ses parties essentielles, le projet voté par le Sénat en 1887 qui, rapporté devant la Chambre en 1889, n'a pu être discuté pendant la dernière législature.

L'auteur fait siennes les principales conclusions de l'ancienne commission de la Chambre, ainsi que celle du projet déposé en 1869 par Gambetta et M. Magnin; mais, comme l'avait fait le Sénat, M. Reinach substitue à l'intervention du jury pour l'internement des aliénés, que proposait Gambetta, celle du tribunal réuni en chambre du conseil. Les demandes de sortie pourront toujours être adressées, à quelque époque que ce soit, au tribunal, qui statuera sur le rapport des médecins inspecteurs.

La proposition vise la création de quartiers spéciaux pour les épileptiques et les idiots et de maisons spéciales pour les aliénés criminels, qui ne pourront être rendus à la liberté que si le médecin certifie qu'ils sont guéris sans crainte de rechute.

NOUVELLES

Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires. — Par décret en date du 18 janvier 1891, un concours s'ouvrira le 5 octobre 1891, à la dite Ecole, pour deux emplois de professeur agrégé d'anatomie chirurgicale (opérations et appareils).

En exécution de l'article 9 du décret du 22 novembre 1887, les médecins-majors de 1er et de 2e classes sont seuls admis à prendre part audit concours.

Les médecins militaires qui désireraient prendre part au concours, adresseront au ministre de la Guerre (7e direction, bureau des hôpitaux), avant le 15 septembre 1891, terme de rigueur, une demande régulière qui devra être appuyée de l'avis motivé de leurs chefs et transmise par la voie hiérarchique.

Corps de santé militaire. — Ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve : *Au grade de médecin aide-major de 2e classe*. Les docteurs en médecine suivants :

MM. Clément, Dunac, Conzette, Aussoleil, Chartier, Icard, Chardon-Fleuret, Lartet, Billoir, Digoy, Meneault, Nugon, Estor, Le Meignen, Ardouin, Mordret, Fauconneau, Bar, Richer, Rigault, Conil, Valentin, Bourdillon, Chauveau Regnier, Ganivet-Desgraviers, Rodier, Wacquez, Nicolle, Clarot, Pottier, Fauvel, Malaper, du Peux, Agut, Chaigneau, Heurteau, Marx, Eymery, Frécou, Givre, Levêque-La-Croix, Faivre, Coffin, Rousseau, Bébague, Oiry, Cronier, Paliard, Lauth, Méffret, Epron, Vialatte de Pémille, Hue, Martin, Daurios, Guénier Dardel, Verniolle, Ryckewaert, Dourisboure, Moncorge, D'Hôtel, Mascarel, Cambours, Baudry, Hudelo, Béjot, Lorentz, Mollard, Moussaud, Ferrieres, Parelle, Giraud, Fallot, Borde, Dorte, Bassin, Maurau, Hervé, Sérieux, Coudère, Petitpierre, Poirrier, Gars, Monin, Prévot, Lemaire, Faussillon, Toussaint, Rey, Pierrot, Crépet, Dubut, Landois, Hacot, Franche, Wargnier, Beynes, Guillot, Delbreil.

Ont été nommés dans l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de 2e classe, M. Goinard.

Au grade de médecin-major de 2e classe, MM. Fabriès, Héricourt et Rit.

Au grade de médecin-major de 1re classe, MM. Riche, Guermouprez, Hervieu, Decouvelæere, Duvernoy, Gaillard, Laurent, Ferrand, Jousse, Senebier, Masson, Therre, Vigouroux, Carrère, Bouillet,

Paraire, Pollet, Guillaumet, Weimant, Lesage, Foncher, Maderay, Finot, Nitot, Marty, Gergand, Lepoutre et Pourrière.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe, MM. Faure, Vaussy, Tartière, Boisson, Chatillon, Zimmerman, Flandin, Chuquet, Richard de la Prade, Roque, d'Orbcastel, Boutiron, Sarrade, Longevial, Coste, Mosqueron, Pris, Aubry, Bessière, Magnan, Boursot, Greuier, Chatellier, Lafage, Gelis, Lemonnier, Ledé, Ludot, de Labarrière, Parahy, Rey, Colombe, Queyroi, Surjus, Angot, David, Sadrin, Ferrand, Evesque, Magnanon, Grosmolard, Patey, Sombret, Delaux et Duchanteau.

Ecole d'anthropologie. — M. le docteur J.-V. Laborde commencera le cours d'anthropologie biologique, le mercredi 28 janvier à quatre heures, à l'École d'anthropologie, 15, rue de l'École-de-Médecine, et le continuera tous les mercredis à la même heure. Il traitera des fonctions intellectuelles et instinctives.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — Depuis le mois de juin 1889, les compagnies de chemins de fer délivrent, à des prix déterminés, des *cartes de circulation* valables pendant trois mois, six mois ou un an et donnant le droit de voyager à demi-place sur toutes les lignes de leurs réseaux.

A la suite de nouveaux accords, les prix de ces cartes ont subi, depuis le 1er janvier 1891, une réduction d'un tiers. La carte donnant droit à des billets à demi-tarif de toute classe pendant un an, qui coûtait autrefois 600 fr., est aujourd'hui délivrée au prix de 400 fr.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

A. Manceaux, libraire-éditeur, 12, rue des Trois-Têtes à Bruxelles.

Traité de petite chirurgie gynécologique, par le Dr Paul-F. Mundé, professeur de gynécologie à New-York. Ouvrage traduit sur la 2e édition par E. Lauwers. Un ouvrage grand in-8° broché de 609 pages avec 321 figures dans le texte. Prix.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 11 AU 17 JANVIER 1891

Fièvre typhoïde, 13. — Variole, 0. — Rougeole, 20. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 5. — Diphtérie, croup, 37. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 205. — Autres tuberculoses, 21. — Tumeurs cancéreuses et autres, 62. — Méningite, 27. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 56. — Paralysie, 17. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 58. — Bronchite aiguë et chronique, 110. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 179. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 30. — Fièvre et péritonite puerpérales, 6. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 34. — Sénilité, 44. — Suicides et autres morts violentes, 27. — Autres causes de mort, 256. — Causes inconnues, 13. Total 1234.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. DE RANSE**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,**
J. ARNOULD (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 58, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

REVUE GENERALE

DU SANG DANS LA DÉFENSE DE L'ORGANISME CONTRE LES INFECTIONS.

par H. Barbier.

(*Suite*) (1).

IV

Maintenant que nous avons passé en revue les principaux faits expérimentaux, qui ont conduit à la connaissance de ces propriétés du sérum sanguin, nous pouvons résumer en quelques lignes les conclusions auxquelles nous sommes arrivés aujourd'hui.

Le sérum du sang des animaux, en dehors de toute action cellulaire, possède sur les organismes infectieux et sur leurs effets, une double action. La première, qui s'exerce sur les organismes eux-mêmes, est l'action microbicide proprement dite (on encore antiseptique); la seconde qui s'exerce sur les produits solubles secrétés par les microbes, est l'action antitoxique.

Ces deux propriétés ne sont point parallèles. L'action microbicide se manifeste de plusieurs façons sur la vie des microbes.

Elle empêche leur développement, ou en diminue la richesse.

Elle modifie la forme et les caractères morphologiques du microbe.

Elle diminue ou abolit sa virulence.

Cette action microbicide est augmentée par la vaccination.

L'action antitoxique a pour conséquence la disparition, soit dans l'organisme, soit *in vitro*, de substances toxiques éliminées par les microbes. La vaccination ne l'augmente pas toujours, elle la diminue quelquefois. Avec la phagocytose, qui en est le facteur le plus important elle constitue un des moyens de défense des animaux à immunité naturelle.

Ces propriétés, découvertes de ces dernières années, s'appuient sur un nombre assez considérable de faits expérimentaux pour avoir une portée plus générale que ne le comporterait le nombre des infections où elles ont été démontrées, preuves en mains. Elles nous permettent d'entrevoir, comme nous le disions en commençant, le mécanisme de la vaccination. Mais si nous connaissons bien le phénomène par ses effets reconnus et constatés sur les microorganismes et sur leurs toxines, nous sommes moins avancés sur la question de savoir *comment et par quel procédé intime*, l'état microbicide du sang est constitué. Nous savons, après les communications du pro-

(1) Voir les nos 3 et 4.

FEUILLETON

FEUILLES VOLANTES

28 janvier 1891.

VICISSITUDES DE LA THÉRAPEUTIQUE. — L'ART DE FORMULER PRESQUE OUBLIÉ, PUIS REMIS EN HONNEUR. — ÉCOLES NOUVELLES. — L'HOMÉOPATHIE. — LA DOSIMÉTRIE. — LA CURE DE LA TUBERCULOSE.

Quelles évolutions a accomplies la thérapeutique durant ces trente ou quarante dernières années ! Vers 1860, la mode était au scepticisme en médecine. Dans les hôpitaux de Paris, on citait, presque à titre de phénomènes, certains services dont les chefs continuaient à formuler. Noël Gueneau de Mussy, par exemple, était considéré comme une exception. On allait apprendre auprès de lui l'art d'instituer un traitement. Mais chez la plupart de ses collègues, quelle différence ! Ils examinaient les malades de fond en comble. On ne laissait à l'écart aucune des finesses du diagnostic; et puis on attendait, presque impatiemment, que l'anatomie pathologique, à l'autopsie, vint confirmer ou infirmer les assertions ou les présomptions du professeur de clinique.

Quant à la thérapeutique, on l'oubliait volontiers.

Et que de fois tel maître, après une leçon d'une heure auprès d'un malade *intéressant*, ne s'est-il pas vu interpellé par l'externe qui tenait le *cahier* et qui réclamait une ordonnance ! Que de fois aussi le chef de service se contentait-il de répondre : faites la prescription vous-même ! Et de fait la thérapeutique variait peu. La médecine semblait bien alors n'être qu'une méditation sur la mort.

* *
*

Mais, les temps sont changés, surtout depuis une quinzaine d'années ; les journaux et les revues se sont multipliés, des remèdes nouveaux, en nombre immense, ou des remèdes simplement renouvelés se sont fait jour qui ont attiré l'attention, et se sont imposés, au moins momentanément, dans la pratique médicale. La médecine est rentrée, après et avec beaucoup d'écarts, dans sa voie véritable, qui consiste moins à bien connaître les maladies qu'à les soulager, sinon à les guérir. Mais à combien de détours, à combien d'obstacles, de dangers, de fausses routes n'est-elle pas exposée ! Par

fesseur Bouchard que les microbes agissent par leurs produits solubles, et que c'est sous l'influence de ceux-ci que l'état bactéricide est constitué.

Comment, dès lors, peut-on concevoir la chose?

On a parlé de l'accoutumance bien connue à des doses progressives de poison, de l'accumulation dans le sang de produits solubles empêchant par leur présence le développement ultérieur du microbe pathogène. Mais ces deux hypothèses ne peuvent plus se soutenir.

En ce qui concerne l'action empêchante des produits solubles, il faudrait montrer qu'elle cesse, on en d'autres termes que l'état bactéricide a disparu, quand ces substances ont disparu elles-mêmes; ou bien admettre l'accumulation et la persistance dans l'organisme de ces produits solubles. Or il n'en est rien.

Les expériences de Bouchard (1) ont montré que l'état bactéricide déterminé chez un animal par l'injection des produits solubles d'un microbe pathogène *ne tient pas à la présence de ceux-ci*. Ces produits s'éliminent par les urines, et l'état bactéricide, *qui est nul quand ces produits existent au maximum, augmente à mesure qu'ils disparaissent et persiste longtemps après leur élimination*.

La matière vaccinante n'agit donc pas par elle-même, par sa présence pure et simple comme agent chimique. Si l'état bactéricide n'est pas à son maximum au moment même où la substance vaccinante est elle-même à son maximum de quantité et d'action, il est clair qu'il y a autre chose et que celle-ci détermine un état particulier de l'organisme et de la nutrition qui a pour conséquence justement l'état bactéricide du sérum, mais qu'elle n'en est pas la cause immédiate.

En d'autres termes, on ne saurait y voir l'analogue de l'acide phénique, par exemple, mis en contact d'une plaie, l'action antiparasiticide de l'antiseptique étant, dans le cas actuel, absolument liée à sa présence et disparaissant avec lui. Il y a donc autre chose.

On a parlé aussi de l'accoutumance aux produits toxiques, accoutumance qui expliquerait l'immunité. Mais les expériences de Charrin et Gameleia (1), ont ruiné cette conception de l'immunité acquise, confirmé les faits où Chauveau avait montré que les moutons algériens, réfractaires au charbon, étaient tout aussi sensibles à la toxicité du sang charbonneux que les moutons ordinaires. Ces auteurs ont montré, de leur côté, que les animaux vaccinés, eux aussi, sont tout aussi sensibles que les non vaccinés aux produits solubles, quand la dose est assez forte; on est même arrivé à prouver qu'ils ont une sensibilité plus grande à l'intoxication. Ce qui est, sans qu'il soit nécessaire d'y insister, tout le contraire de la théorie de l'accoutumance.

Dans les expériences de Metchnikoff, que nous avons citées plus haut, ce dernier avait cru pouvoir attribuer l'action atténuante produite par le sang des vaccinés, aux globules blancs dont l'action s'exercerait même dans le sang extravasé.

Mais le professeur Bouchard, dans sa communication au Congrès de Berlin (2), s'est élevé à juste titre contre cette hypothèse. Je vois dans ces faits, dit-il, la première démonstration de ce point « que la maladie infectieuse, quand elle n'est pas mortelle, produit, en même temps que l'immunité, *une modification durable des humeurs qui les rend bactéricides*, c'est-à-dire capables de produire, si on l'y sème, l'atténuation d'un microbe encore de la même espèce que celui qui a produit la maladie. J'y vois encore la preuve que cet état bactéricide, qui se développe en même temps que l'immunité acquise, diffère, au moins par le degré, de celui que présentent naturellement les humeurs d'animaux sains, qu'ils soient ou non réfractaires. »

Gamaleia d'ailleurs, par une expérience démonstrative, a ruiné l'hypothèse de Metchnikof. Ayant semé le bacillus anthracis dans l'humeur aqueuse de deux moutons vaccinés dans la chambre antérieure de l'œil, il n'avait obtenu qu'une culture grêle, que la culture fût faite avec l'humeur aqueuse de l'œil inoculé ou avec l'humeur aqueuse de l'œil opposé (cité par Bouchard, *Congrès de Berlin*).

Une autre expérience non moins nette montre que le virus charbonneux inoculé à des moutons vaccinés ne produit qu'une lésion locale, constituée par un *œdème sans diapédèse*, et que néanmoins, à ce niveau, le bacille charbonneux se détruit dans cet œdème.

En résumé, la conception générale qu'on peut se former aujourd'hui de l'état bactéricide du sang est la suivante : c'est que sous l'influence des substances vaccinantes, il se produit dans l'organisme tout entier une modification de la nutrition

(1) *Académie des sciences*, C. R. Juin 1890.
(1) *Société de Biologie*, C. R., 24 mai 1890.

(2) Bouchard, *loc. cit.*

---

combien de mirages ne risque-t-elle pas d'être séduite, abusée et trompée !

* *
*

N'est-ce pas à cette indifférence de nos pères directs pour la thérapeutique que l'on pourrait attribuer les succès de l'homéopathie. Et aujourd'hui que les passions semblent éteintes, n'est-il pas permis de se demander si, dans cette éclosion de la médecine *hahnemannienne*, qui toujours resta confinée dans un cercle restreint, la médecine officielle ne doit pas faire son *mea culpa*?

Le monde ne veut pas seulement être trompé, il veut aussi être soigné lorsqu'il est malade. Aussi la foule est-elle souvent allée vers l'homéopathe qui, lui, s'il employait les médicaments à dose infinitésimale, prescrivait quand même, faisait de la thérapeutique, si peu active fût-elle, mais faisait office de médecin. On doit d'ailleurs rendre justice à l'École homéopathique d'avoir toujours attaché une grande importance à l'étude de la matière médicale.

Sans vouloir aucunement juger en connaissance de cause un système qu'on nous avait appris à considérer comme un appât à la crédulité du vulgaire ou comme la spécialité de naïfs sinon de fourbes, et que nous nous refusons à apprécier, nous, pour un tout autre motif, tout simplement parce que nous ne l'avons ni étudié ni pratiqué, nous nous permettrons d'émettre humblement une hypothèse :

La médecine a appris aujourd'hui a être moins incrédule qu'il y a vingt ans. Sur bien des questions, au lieu de récuser comme faux tout ce qu'on ne comprend pas ou ce qu'on ne peut expliquer, l'esprit des médecins du jour se contente d'hésiter sans nier. On a appris à être prudent; et la métallothérapie, l'hypnotisme, la suggestion ne trouvent plus guère que des croyants.

Pourquoi donc n'admettrait-on pas que l'homéopathie, dans les cures qu'elle affichait hautement, ne devait en grande partie ses succès qu'à une sorte de suggestion plutôt qu'à l'effet de médicaments à peu près absents de ses globules? Mais je rappelle que ce n'est qu'une hypothèse que je prétends émettre. Je la donne pour ce qu'elle est.

* *
*

Le début de ce mouvement actuel, qui marque une sorte de renaissance de la thérapeutique, a coïncidé ou peut s'en faut avec la *création* ou la promulgation d'un nouveau système de traitement de

telle que, non seulement *le sang, mais tous les tissus arrivent à constituer un milieu défavorable aux agents microbiens pathogènes et à l'action de leurs produits solubles.*

Nous avons suffisamment insisté, dans ce qui précède, sur ces actions de défense de l'organisme, soit en ce qui concerne la vie et la pullulation des microbes eux-mêmes, soit en ce qui concerne leurs produits, pour n'avoir pas à y revenir ici.

Ce n'est pas parce que l'organisme s'accoutume aux toxines bactériennes, ce n'est pas non plus parce que ces toxines, en s'accumulant dans le sang et dans les humeurs, s'opposent à partir d'un certain degré à la pullulation des microbes, par un phénomène analogue à celui qui se passe pour certaines fermentations, les fermentations alcooliques et acétiques par exemple, ce n'est pas pour ces raisons, disons-nous, que l'organisme résiste, c'est par une modification nutritive, phénomène d'ordre vital par excellence.

V

Les données positives, fournies par la microbiologie et par la pathologie expérimentale, n'ont pas seulement un intérêt de doctrine et de pure science. Basées sur des faits précis et d'observation sévère, elles fournissent à la médecine autre chose que des théories plus ou moins séduisantes ; elles lui donnent un terrain sûr, pour s'aventurer dans des applications thérapeutiques, où l'empirisme et le tâtonnement ne tiennent plus qu'une place insignifiante.

La connaissance de l'état bactéricide du sang devait entraîner à des applications à la pathologie dans la prophylaxie et dans le traitement des infections. A peine commencées aujourd'hui, ces applications permettent d'entrevoir un avenir plein de promesses en ce qui concerne le traitement des infections par les vaccinations.

Nous allons passer rapidement en revue les tentatives qui ont été faites dans ce sens en nous restreignant uniquement à l'emploi du sérum du sang comme moyen thérapeutique et prophylactique, emploi qui a été fait uniquement jusqu'ici contre la tuberculose (1).

On connaissait différents procédés de vaccination basés sur l'atténuation des virus (méthode pastorienne) MM. *J. Héricourt et Ch. Richet*, dans une série de communications à l'Académie des sciences et à la Société de Biologie en 1888, 1889, 1890 et 1891, partirent d'un autre principe pour arriver au même but : l'immunité conférée.

Si l'on prend un animal réfractaire à une maladie, qu'on recueille son sang, et qu'on l'inocule à un autre animal non réfractaire, peut-on produire chez ce dernier une immunité absolue ou relative? Telle était la donnée du problème que ces deux savants expérimentateurs se sont posé, et qu'ils ont cherché à résoudre pour la tuberculose, en particulier.

Sauf dans des cas exceptionnels (1) le chien est réfractaire à la tuberculose : si donc on introduit dans l'organisme du lapin, animal éminemment tuberculisable, une certaine quantité de sang de chien, peut-on conférer l'immunité au lapin?

Mais la question ainsi posée en amenait naturellement une autre préliminaire, qui était la question de savoir si l'injection du sang de chien, ou d'une manière plus générale, l'injection de sang d'un animal à un autre animal n'était pas sans inconvénients ou sans dangers pour le transfusé.

(*A suivre*).

(1) Les limites, qui nous sont imposées par le titre même de cette revue, ne nous permettent pas de parler des recherches de MM. Grancher et H. Martin (voir compte rendu de l'Académie des sciences, séance du 11 août 1890), recherches qui nous ont fait connaître un procédé de vaccination contre la tuberculose expérimentale chez le lapin. Nos lecteurs connaissent d'ailleurs ces travaux par le compte rendu qu'en a donné le *Journal des Sociétés scientifiques* du 27 août 1890 et par la mention qui en a été faite par nous-même dans la *Gazette médicale de Paris* du 23 août 1890, Bulletin. Dans ce travail, MM. Grancher et H. Martin, au moyen de cultures atténuées, étaient arrivés à déterminer chez le lapin une résistance prolongée à la tuberculose expérimentale la plus rapide et, d'autre part, à lui conférer une immunité encore indéterminée comme durée. Ces faits, du plus haut intérêt, rentrent dans la question des vaccinations et des procédés de vaccination, dont l'étude ne saurait trouver place ici, dans un article consacré uniquement au rôle joué par le *sérum* du sang, soit comme liquide antimicrobien, soit comme agent thérapeutique employé en nature.

Pour le même motif, les communications de Koch sur le traitement de la tuberculose ne seront ni analysées, ni critiquées.

(1) Voyez la récente communication de MM. Cadiot, Gilbert et Roger à la Société de Biologie. *Journal des Soc. scientifiques* n°.4, 1891.

---

toutes les maladies, non seulement des maladies qui atteignent nos semblables, mais aussi de celles qui frappent les animaux : je fais allusion à la *médecine dosimétrique*. Bien qu'elle n'ait ses entrées dans l'enseignement d'aucune de nos Facultés, la dosimétrie, il faut bien le reconnaître, a recruté dans le corps médical un grand nombre d'adeptes. Ce sont surtout les médecins exerçant à la campagne qui sont venus en foule à la dosimétrie.

Propagée avec une ardeur d'apôtre infatigable par un ancien professeur d'une faculté belge, par le Dr Burggraeve, resté travailleur acharné jusque dans une vieillesse assez avancée, la nouvelle doctrine s'est répandue d'autant plus facilement qu'elle mettait sous un petit volume un arsenal thérapeutique presque complet à la disposition du praticien qui va voir des malades éloignés de toute officine.

Sans vouloir chercher un triomphe facile, en discutant ce titre de médecine nouvelle à laquelle prétend la dosimétrie, elle qui, somme toute, fait de la médecine comme elle est partout enseignée, en restreignant ses moyens de traitement à l'emploi presque exclusif des alcaloïdes, sans vouloir critiquer, ni patronner, car je ne saurais m'en faire le juge, l'espèce de polypharmacie qu'elle préconise dans la plupart des maladies, il me suffira d'avoir signalé ce succès relatif de la dosimétrie comme un signe du temps, comme un symptôme du regain actuel de la thérapeutique.

Comme corollaire, la réussite du pharmacien qui prépare les granules dosimétriques lui a suscité des émules. Tel se contente de fabriquer des produits analogues ; tel autre aspire à faire autrement : l'un substitue des *lentilles* aux granules, l'autre *condense* ses produits, etc,, etc.

En vérité, je vous le dis mes chers confrères, la thérapeutique est plus que jamais en honneur.

Partout des pharmaciens qui fourbissent de nouvelles armes, perfectionnées, de plus en plus perfectionnées.

Les maladies n'ont qu'à se bien tenir, et nous pouvons nous écrier avec Virgile :

« *Magnus ab integro sæclorum nascitur ordo.* »

D'autant mieux que voici le professeur Robert Koch qui se présente à nous avec sa lymphe destinée à débarrasser l'humanité future de toutes les maladies tuberculeuses. Mais ce sujet mérite d'être traité à part.

Dr Péter-Paul Somers.

CLINIQUE MÉDICALE

PATHOLOGIE, SYMPTOMES ET TRAITEMENT DE L'ANÉMIE

Par le Dr Stephen Mackenzie, médecin du London Hospital.

(Conférences faites devant la Société médicale de Londres.)

PREMIÈRE CONFÉRENCE

(Suite) (1).

Leucocytes (globules blancs du sang). — De nombreuses acquisitions ont été faites, ces derniers temps, dans la connaissance du rôle des globules blancs, surtout par Ehrlich. Il est démontré que ces leucocytes diffèrent beaucoup entre eux, certainement quant à leurs caractères morphologiques, et probablement quant à leur rôle physiologique. Ils tirent leur origine des tissus lymphatiques, de la rate, de la moelle. Dans l'anémie grave, Ehrlich a signalé qu'il y a d'abord augmentation de leucocytes polynucléaires, et plus tard, de leucocytes mononucléaires. En dernier lieu ils subissent la désintégration en formant « des granulations élémentaires ».

Petites plaques du sang. — Il a été émis sur ces éléments figurés autant de théories que d'appellations. Ils ne peuvent pas être considérés comme produits par un artifice de préparation, car ils ont été aperçus par un grand nombre de bons observateurs dans le sang vivant et recueilli en prenant de grands soins pour éviter les lésions du liquide lui-même ou des vaisseaux sanguins. Hayem et Pouchet croient que ce sont là des formes de développement des globules rouges; mais la majorité des expérimentateurs y voient des détritus de globules rouges ou blancs. Leur nombre se trouve grandement augmenté dans la plupart des formes d'anémie, surtout dans les cas d'anémie primitive.

Hémoglobine. — Tandis qu'en l'état de santé, il existe une relation fixe entre la quantité d'hémoglobine et le nombre des globules rouges du sang, cette relation subit des modifications en l'état de maladie.

Le Dr Osler a bien résumé les variations qui s'observent alors : 1 la quantité d'hémoglobine dans la chlorose subit une réduction hors de proportion avec le nombre des globules, de telle sorte que la teneur en hémoglobine de chaque globule peut être abaissée à un taux très bas C'est ainsi que l'anémie réelle (ou altération des propriétés fonctionnelles du sang) peut être beaucoup plus grande que ne l'indiquerait le nombre des globules par millimètre cube; 2° dans l'anémie ordinaire consécutive à une hémorrhagie ou à une maladie organique, la teneur en hémoglobine de chaque globule reste généralement inaltérée, et le pourcentage de la matière colorante correspond au pourcentage des globules ; 3° dans certains cas d'anémie pernicieuse, l'on aurait noté ce fait très intéressant que le pourcentage de l'hémoglobine est accru et que l'anémie n'est pas en réalité si grande que l'aurait fait supposer la réduction de nombre des globules rouges.

— Nous venons d'examiner le sang sain et nous sommes maintenant en état d'étudier les modifications morbides du type que nous avons établi, au moins pour ce qui concerne l'anémie. L'on peut entendre par anémie une diminution de la quantité du sang, ou du nombre des globules, on du taux de la matière colorante. On réserve le nom d'olighémie à la première modification; d'olygocythémie à la seconde ; d'oligochromhémie à la troisième. Toutes ces lésions ont ceci de commun qu'elles indiquent « une infériorité dans la valeur fonctionnelle des globules rouges » (Cohnheim). Nous avons vu qu'il existe une destruction et une production continuelles des globules. En santé, l'équilibre entre les deux états se maintient; mais, dans l'anémie, il se trouve une discordance entre les gains et les pertes, un défaut d'équilibre entre les rentrées et les sorties.

Jusqu'à ces dernières années on connaissait si peu de choses sur la formation et la destruction du sang, qu'il était bien difficile de dire où nous devions chercher pour établir laquelle de ces fonctions se trouvait en défaut; tandis qu'aujourd'hui nous arrivons à constituer les bases de nos théories pathogéniques soit sur une hémogénèse défectueuse, soit sur une hémolysis excessive. L'anémie peut dépendre d'une destruction exagérée des globules rouges, de telle sorte que le pouvoir hématopoiétique est forcément inférieur à sa tâche et ne peut compenser les pertes. D'autre part, le pouvoir hématopoiétique lui-même peut être défectueux et ne point se mettre en rapport avec une destruction du sang même normale.

Enfin, une hémogénèse défectueuse et une hémolysis excessive peuvent agir concurremment et aggraver les effets l'une de l'autre. Une hémogénèse défectueuse se manifeste, pendant la vie, par les caractères des globules rouges, surtout dans leur faible teneur en hémoglobine, et après la mort, par des lésions d'inactivité fonctionnelle des organes cytogéniques. Une hémolysis exagérée est indiquée par les caractères du sang pendant la vie, par une sécrétion surabondante d'une bile très foncée, par un excès de pigments (urobiline) et de fer dans l'urine et, après la mort, par des signes évidents d'une destruction désordonnée du sang, surtout dans le foie et les reins. Une production défectueuse de sang peut être due à une grande variété de causes : nourriture insuffisante ou non appropriée; défectuosité dans la mastication, dans la digestion, dans l'assimilation; conditions hygiéniques défavorables; présence de tumeurs interceptant les matériaux nécessaires pour la formation du sang ; insuffisance congénitale ou acquise des organes cytogéniques. Une destruction excessive du sang peut être due à un processus de fièvre d'inflammation ou à la présence de matières délétères dans le sang agissant défavorablement sur lui ou détruisant les globules rouges.

L'anémie dépend donc d'un grand nombre de causes et par suite il devient nécessaire de classer les divers cas, et la classification qui se trouve en rapport à la fois avec la clinique et la pathologie, celle que j'adopterai, est la suivante : 1° anémie symptomatique ou secondaire ; 2° anémie idiopathique ou primitive.

Dans l'anémie symptomatique et secondaire, l'on trouve des phénomènes parmi lesquels l'insuffisance du sang n'est pas la caractéristique essentielle de la maladie, et dont certains ne peuvent être expliqués par l'existence d'une anémie simple. Dans l'anémie primitive et idiopathique au contraire, l'anémie constitue la caractéristique principale de l'affection et tous les autres symptômes dépendent d'elle. Le Dr Hunter a bien défini ce qui caractérise une anémie idiopathique. Le Dr Pye-Smith admet une troisième classe composée de tous les cas d'anémie associée à une maladie des organes cytogéniques, leucémiques ou non. Ces cas, qui constituent à n'en pas douter un groupe compact, tant cliniquement que pathologiquement, doivent cependant être compris dans les anémies idiopathiques. Dans la leucocythémie, il n'y a pas seulement un grand excès de globules blancs, mais aussi une diminution marquée des globules rouges à laquelle sont dus plusieurs des phénomènes. Aussi longtemps que l'on discutera si les globules rouges proviennent ou non des globules blancs, il sera impossible de décider quoi que ce soit sur ces modifications.

(1) Voir le numéro précédent.

Si, comme beaucoup le croient, les globules blancs sont transformés en globules rouges, il faut admettre un arrêt de développement. Si, d'autre part, et comme cela me semble plus probable, tous les globules rouges proviennent de globules rouges préexistants, l'hypothèse précédente n'est pas soutenable plus longtemps. J'attirerai simplement l'attention sur un point qui me semble militer contre l'opinion que l'insuffisance des globules rouges est due à une non-transformation des globules blancs en rouges, ce sont précisément les conditions dans lesquelles se trouve la moelle des os. Dans la leucocythémie, la moelle est ordinairement dans un état d'hyperplasie qui est favorable à la production des globules blancs, surtout des globules « éosinophiles », et Ehrlich a démontré que leur nombre est toujours augmenté. Mais comme il s'accroît aux dépens des vaisseaux sanguins, le processus devient défavorable par le fait à la production des globules rouges qui sont formés dans les veinules, ainsi que nous l'avons vu. L'on peut se servir des mêmes arguments en ce qui concerne l'anémie splénique, l'anémie lymphatique et l'anémie « myélogénique ».

Ainsi, je tiens commme idiopathiques tous les cas d'anémie qui ne sont pas symptomatiques. Le terme d'idiopathique fut, pour la première fois par Addison, appliqué à la forme d'anémie dont il a donné une si magistrale description. Certains auteurs ont pensé que l'on ne devait considérer comme tels que les cas décrits par Addison sous cette dénomination. Mais, selon moi, les progrès de nos connaissances nous permettent d'élargir sa compréhension, d'y embrasser toutes les anémies primitives et de s'en servir comme d'un terme générique renfermant plusieurs espèces. De ces espèces deux sont bien définies, la chlorose et la forme décrite par Addison, forme que d'un commun accord nous appelons anémie pernicieuse et qu'il est inutile de vouloir rejeter. Mais il est fort probable qu'en outre de ces deux espèces il en est bien d'autres très distinctes d'anémie idiopathique, et dont je vous parlerai dans les leçons suivantes.

PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE

VARIATIONS PRODUITES DANS L'EXHALATION PULMONAIRE DE L'ACIDE CARBONIQUE PAR L'ÉTAT DE REPOS OU DE CONTRACTION D'UN CERTAIN GROUPE DE MUSCLES,

par M. N. GRÉHANT.

(*Travail du laboratoire de physiologie générale de M. le professeur Rouget, au Jardin des Plantes.*)

Lavoisier a démontré que l'exhalation de l'acide carbonique par les poumons augmente dans une forte proportion chez l'homme qui passe de l'état de repos à l'état de mouvement et qui produit un travail mécanique déterminé; je me suis proposé de mesurer chez les animaux les variations que présente l'exhalation de l'acide carbonique, lorsque des muscles, maintenus d'abord à l'état de repos, sont soumis à des excitations artificielles qui déterminent des contractions. J'ai l'honneur de communiquer à la Société de Biologie les premiers résultats que j'ai obtenus.

L'air expiré par un animal, par un lapin, est recueilli dans un sac de caoutchouc, à l'aide d'une muselière de caoutchouc et de soupapes à eau, par la méthode ordinaire, pendant cinq minutes exactement.

Pour exciter un certain groupe de muscles, ceux d'un membre postérieur, par exemple, je fais passer une aiguille à acupuncture à travers les muscles fessiers; une autre aiguille est enfoncée au niveau du tendon d'Achille; et on les excite par des courants induits à des intervalles de temps réguliers. J'ai fait construire une roue analogue à celle du manipulateur du télégraphe à lettres; la roue d'ébonite porte sur son contour un cercle de laiton entier et une seule dent de laiton, qui occupe un sixième de la circonférence; deux ressorts isolés appuient, l'un constamment sur le cercle métallique, et l'autre, tantôt sur l'ébonite, tantôt sur la dent de laiton. Les fils de la bobine de du Bois-Reymond, maintenue en activité par une pile de 1 à 6 éléments, vont, le premier à l'un des ressorts, le second à l'une des aiguilles à acupuncture; un fil de cuivre unit l'autre aiguille excitatrice au deuxième ressort; la roue d'interruption est mise en rotation par un mouvement d'horlogerie, par un simple tourne-broche, dont l'axe fait un tour en 48 secondes; à chaque tour, les muscles sont excités pendant 8 secondes et les contractions sont aussi nombreuses que les interruptions du trembleur de l'appareil à chariot, ou bien on obtient un tétanos complet; en touchant les parois antérieure et postérieure de la cuisse, on trouve que les muscles des deux régions obéissent aux excitations des courants induits; on règle la distance des bobines de manière à ne point produire chez l'animal des excitations douloureuses qui se traduiraient par des cris et par une agitation générale.

Lorsque les muscles se sont contractés pendant un certain temps, on recueille de nouveau l'air expiré en cinq minutes, tout en maintenant les excitations.

On dose ensuite l'acide carbonique exhalé dans les deux expériences comparatives : j'emploie quatre flacons laveurs de Cloez, qui, étant formés de tubes soudés, ne peuvent pas laisser rentrer l'air du laboratoire; le premier et le dernier sont remplis d'acide sulfurique par aspiration avec une trompe; les deux flacons moyens sont remplis de la même manière d'une solution de potasse à 30 degrés Baumé; les tubes de verre sont unis par des tubes de caoutchouc recouverts de ligatures; on pèse ensemble les deux barboteurs à potasse et le barboteur à acide sulfurique.

Pour faire passer à travers l'appareil absorbant l'air qui a circulé dans les poumons, j'emploie une disposition nouvelle qui est très commode, parce qu'elle permet de terminer toujours dans la même séance de laboratoire les dosages d'acide carbonique que ces recherches nécessitent; l'aspiration ne se fait plus par une trompe, mais par une grande cloche aspiratrice de deux litres, graduée en dizaine de centimètres cubes; cette cloche, dont la hauteur est de 50 centimètres et la largeur de 10 centimètres, fermée à la partie inférieure par une membrane de caoutchouc traversée par un tube de verre, est solidement fixée sur le bord de la cloche; le tube de verre est réuni par un long tube de caoutchouc à un flacon de verre à tubulure inférieure d'une contenance de quatre litres rempli d'eau; un bouchon de caoutchouc traversé par un robinet de laiton à trois voies sert à fermer la partie supérieure de la cloche qui est maintenue verticalement sur un tabouret percé d'un trou. Cet aspirateur, qui rappelle l'appareil employé par Deville et Debray pour la préparation de différents gaz, permet de faire passer à travers la potasse un volume d'air qu'il est facile de mesurer exactement; il suffit, en effet, après avoir élevé suffisamment le grand flacon, de remplir complètement d'eau la cloche graduée, puis de fermer le robinet et d'abaisser le flacon pour obtenir, en tournant le robinet avec précaution, un barbotage régulier bulle à bulle à travers les flacons absorbants de Cloez; lorsque la cloche est remplie de gaz dépouillé d'acide carbonique, pour mesurer le vo-

lume de ce gaz, on ferme le robinet, on élève le flacon inférieur à une hauteur telle que le niveau de l'eau soit le même dans la cloche et dans ce flacon; pour bien juger de l'horizontalité des niveaux, j'emploie une grande règle maintenue verticale à l'aide d'un pied à vis calantes; sur la règle qui est divisée en centimètres cubes comme celle d'une mire, glisse un curseur portant une longue tige de bois horizontale dont les extrémités doivent toucher les deux niveaux.

On mesure donc le volume de gaz dépouillé d'acide carbonique; en tournant convenablement le robinet à trois voies, on chasse ce gaz dans l'atmosphère; on fait passer un nouveau volume d'air expiré à travers les barboteurs; on peut dépouiller d'acide carbonique tout l'air exhalé en cinq minutes, ou bien déterminer l'augmentation de poids des barboteurs ou le poins de l'acide carbonique pour une portion seulement de ce volume gazeux, puis mesurer le volume restant du gaz expiré; par une simple proportion, on obtient le poids total du gaz exhalé.

Expérience I. — Un lapin, du poids de 3 kilogrammes, a exhalé en cinq minutes 0 gr. 215 d'acide carbonique; après vingt minutes d'excitation des muscles d'un membre postérieur, on a produit encore les contractions musculaires pendant cinq minutes et on a recueilli en même temps l'air expiré qui renfermait 0 gr. 336 d'acide carbonique; ainsi l'augmentation dans le poids de ce gaz exhalé a été de 0 gr. 120.

Expérience II. — Chez le même lapin, un autre jour, on a trouvé 0 gr. 180 pour l'acide carbonique exhalé en cinq minutes. Les contractions musculaires ont été maintenues dans les deux membres postérieurs pendant cinq minutes, puis pendant cinq autres minutes on a recueilli l'air qui a circulé dans les poumons et qui renfermait 0 gr. 321 d'acide carbonique, c'est-à-dire 0 gr. 141 en plus.

Ces expériences, que je me propose de répéter dans des conditions variées, démontrent directement, chez l'animal vivant, une augmentation très notable dans la production de l'acide carbonique par les muscles qui se contractent et dans l'exhalation de ce gaz par les poumons.

SUR LA DESTRUCTION DU SUCRE DANS LE SANG *in vitro*,

Par MM. R. Lépine et Barral.

Depuis la dernière note que nous avons eu l'honneur de soumettre à l'Académie des Sciences (séance du 23 juin), nous avons continué nos recherches et observé plusieurs faits nouveaux :

1° On retire à un chien bien portant 250 cc. de sang, en prenant la précaution de le recevoir dans une capsule entourée d'eau froide; on le défibrine, on le filtre sur un linge stérilisé et on le répartit également en cinq portions. On dose *aussitôt* le sang de la première en versant le sang dans du sulfate de soude à 80° C., ainsi que nous l'avons déjà recommandé, afin de détruire immédiatement le ferment glycolytique. Trois autres portions sont versées dans trois ballons, qu'on immerge pendant un temps donné (une heure) dans trois bains-marie à température constante, un à 39° C., un autre à 46° C. et le troisième à 52°,5 C., et qu'on agite quelques instants afin que le sang prenne aussitôt la température du milieu. En même temps, on verse goutte à goutte la dernière portion de sang dans un ballon préalablement immergé dans un bain-marie, dont la température également constante est comprise entre 54° et 54°,5 C., de façon à porter immédiatement ce sang d'une température inférieure à + 15° à celle de 54°. On l'y laisse également une heure et, au bout de ce temps, on dose le sucre dans le sang des quatre ballons avec les mêmes précautions que pour la première portion. Voici les résultats qu'on obtient :

Dans le ballon à 39° C., il y a, en général, 25 à 30 0/0 de sucre en moins que dans la première portion; dans le ballon à 46° C., il y a plusieurs centièmes de moins que dans le précédent; dans le ballon à 52°,5 C., il y a aussi plusieurs centièmes de moins que dans le précédent; enfin, dans le ballon à 54°,5 C., il y a juste autant de sucre que dans la premières portion.

Ces faits s'expliquent en admettant que le ferment glycolytique, découvert par l'un de nous (*Comptes rendus*, séance du 8 avril 1890), est d'autant plus actif que la température est plus élevée, jusqu'à 54° C. environ, où son action cesse brusquement. A cette température, le sang conserve sa fluidité; il a une teinte noirâtre, par suite de la production d'un peu de méthémoglobine, reconnaissable à l'examen spectroscopique; le plus grand nombre des globules rouges est détruit; mais il en est à peu près de même à 52°-53° C., température à laquelle la destruction du sucre est beaucoup plus considérable qu'à 39°. Ainsi, sans que les caractères extérieurs du sang se modifient d'une manière bien sensible, le ferment glycolytique qu'il renferme perd toute son action si on le chauffe un peu au-delà du degré de température où il a son maximum d'activité.

2° Toutes choses égales, le sang défibriné du chien, maintenu une heure à la température de 39° C., perd plus de sucre l'hiver que l'été; il faut donc admettre que l'hiver le ferment est plus actif ou en quantité plus grande dans le sang. La différence est de 10 0/0, au moins.

3° Le sang défibriné de la veine porte d'un chien en digestion, maintenu une heure à 39° C., perd beaucoup plus de sucre que le sang de la veine splénique et que le sang artériel du même chien, placés identiquement dans les mêmes conditions. La différence est au moins de 20 0/0. Cela prouve que le ferment sort du pancréas, non seulement par les lymphatiques de cet organe, ainsi que l'un de nous l'a déjà démontré, mais aussi, et certainement en plus grande abondance, vu la rapidité du cours du sang veineux, par les radicules veineuses du pancréas:

4° Nous avons insisté, dans notre dernière note, sur le fait fondamental que le sang artériel, maintenu une heure à 39° C., d'un chien rendu diabétique par l'ablation du pancréas, perd beaucoup moins de sucre que le sang d'un chien sain. Toutefois dans le sang du chien privé de pancréas, la destruction du sucre n'est pas toujours négligeable : elle peut, parfois, atteindre près du sixième de la perte du sang normal.

Il est probable qu'il y a d'autres sources de ferment que le pancréas.

REVUE DE THERAPEUTIQUE

LE REMÈDE DE KOCH DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS TUBERCULEUSES.

Suite (1)

XXIII. — Action du remède de Koch sur des sujets sains ou non tuberculeux, par le Dr E. Peiper (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 4, p. 160).

XXIV. — Remarques sur la manière dont les sujets sains et

(1) Voir les numéros 48, 49, 51, 1890 et 2, 3, 4 de 1891.

LES SUJETS SUSPECTS DE TUBERCULOSE RÉAGISSENT AUX INJECTIONS DE LYMPHE DE KOCH, par les professeurs KORCZYNSKI et ADAMKIEWICZ, de Cracovie (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1891, n° 4, p. 91).

XXV. — PEPTONURIE CONSÉCUTIVE AUX INJECTIONS DE LYMPHE DE KOCH, par le Dr Luigi DEVOTO (*Riforma medica*, 1891, n° 1).

XXVI. — APPARITION DES BACILLES DE LA TUBERCULOSE DANS LE SANG DES MALADES TRAITÉS PAR LE REMÈDE DE KOCH, par le Dr V. LIEBMANN (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1891, n° 4, p. 97).

XXVII. — SUR LA NATURE DE LA LYMPHE DE KOCH, par MM. F. HUEPPE et H. SCHOLL (*Ibidem*, par 88).

XXVIII. — SUR UN ALCALOIDE TIRÉ DES BACILLES DE LA TUBERCULOSE, par le professeur ZUELZER (*Ibidem*, p. 98).

XXIII. — M. E. Peiper rend compte des expériences qui ont été faites à la clinique du professeur Mosler, de Greifswald, pour élucider la question de savoir si réellement les injections de lymphe ont la valeur diagnostique qu'on leur attribue, si en deça de certaines doses (1 centigramme) la lymphe injectée ne développe une réaction fébrile que chez les seuls sujets tuberculeux. Voici en substance les résultats de ces recherches, qui ont porté sur 22 sujets non tuberculeux.

Pas de réaction, ou réaction très faible, dans 4 cas : carcinome du pylore; bronchite et emphysème, 2 cas; bronchite. Doses employées : 0,002 à 0,0014.

Réaction faible sous forme d'une fièvre légère (38°,2) et malaise dans 4 cas : cystite (guérie), douleurs rhumatismales, gonorrhée guérie, bronchite fétide.

Réaction assez forte, se manifestant par une élévation de température qui allait jusqu'à 40° et 40°,3, chez les 14 autres sujets, notamment chez un étudiant en médecine en parfaite santé. Chez ce dernier, la température corporelle s'est élevée de 36°,7 à 38°,1 à la suite d'une injection de 5 milligrammes de lymphe. Comme autres phénomènes réactionnels, on a noté : du frisson, des douleurs dans les membres, des nausées, une sensation de brûlure dans la gorge, de la céphalalgie, de l'accélération du pouls. Le lendemain, le sujet était pâle, abattu, dans le même état, disait-il, qu'à la suite d'une attaque d'influenza.

Dans les 13 autres cas, il y avait en jeu des affections très diverses, non tuberculeuses : cystite (guérie), arthrite, douleurs rhumatismales, gastrite, sciatique, gonorrhée (guérie), eczéma de la face, tabes dorsalis, chlorose, cancer de l'estomac, etc. Chez deux malades, on a constaté une légère tuméfaction de la rate pendant la phase réactionnelle.

M. Peiper rappelle que déjà plusieurs expérimentateurs, Kœhler et Wesphal, Leyden (voir *Journal des Sociétés scientifiques*, 1890, n° 50, p. 503) Kaposi (*Intern. Klin. Rundsch.*, 1890, n° 50), Mayдl (*Ibidem*) ont publié des exemples de réaction survenue à la suite d'une injection de lymphe de Koch, dans des cas où il n'y avait aucune raison positive d'admettre l'existence d'une affection tuberculeuse. Par contre, Kahler (*Wiener Klin. Wochenschrift*, 1890, n° 49) et P. Guttmann, expérimentant sur des sujets en parfaite santé, n'ont jamais vu les injections de lymphe de Koch provoquer une réaction appréciable.

XXIV. — MM. Korczinski et Adamkiewicz ont fait des expériences du même genre, d'autant plus instructives qu'elles ont porté exclusivement sur des sujets parfaitement bien portants. Voici les résultats annoncés par les deux expérimentateurs :

1° Chez des sujets, chez lesquels on peut avec une certitude absolue rejeter tout soupçon relatif à l'existence d'une affection pulmonaire quelconque, la lymphe de Koch, injectée même à doses très faibles, développe certains phénomènes réactionnels. En tête de ceux-ci les deux auteurs mentionnent la tuméfaction de la rate, l'élévation de la température corporelle, l'accélération du pouls et de la respiration. On a noté encore : de l'herpès labial, des diarrhées, de la céphalalgie, la diminution du poids corporel, tout cela après injection de quelques milligrammes de lymphe.

Les injections à fortes doses (2 à 4 centigrammes) développent chez des sujets sains une réaction fébrile, ainsi que l'a signalé Koch, accompagnée d'un cortège de symptômes bien connus, et en outre une augmentation de volume du foie et de la rate, une diminution du poids corporel (2 kilogrammes).

Chez deux sujets qui présentaient les signes physiques d'une infiltration des sommets, mais sans bacilles dans les crachats, sans fièvre, sans signes bien manifestes d'une tuberculose, les injections de lymphe de Koch ont produit des résultats très différents. Chez un premier sujet, la dose de lymphe injectée a pu être poussée jusqu'à 2 centigrammes sans qu'une réaction fébrile s'en suivît ; par contre, il y a eu, après chaque injection, augmentation de volume de la rate, et apparition de signes stéthoscopiques en rapport avec une réaction locale du côté des poumons. Chez l'autre malade, une première injection de 1 milligramme de lymphe n'a produit qu'une augmentation de volume de la rate, une seconde injection de 2 milligrammes a fait monter la température corporelle à 28°,9 et la fréquence du pouls à 120, il est survenu un érythème, une toux sèche, du frisson, de la céphalalgie. de l'anorexie et de légères modifications des signes séthoscopiques.

A la suite de deux autres injections, de 2 milligrammes chacune, la réaction féfrile a fait défaut. On s'est alors mis à injecter en une fois 3 centigrammes de lymphe, ce qui a provoqué une réaction fébrile intense (39°,9), de sept heures de durée; mais l'accélération du pouls (128) survenue en même temps, n'a duré qu'une heure ; les modifications constatées du côté des poumons ont été de peu d'importance. Bref les deux auteurs ont conclu que le premier des deux malades était tuberculeux (en raison de la réaction locale développée par les injections de Koch) et que le second ne l'était pas ; ils ont conclu aussi qu'une observation minutieuse des phénomènes réactionnels permettra toujours de se mettre en garde contre les erreurs de diagnostic que peut faire commettre l'emploi du remède de Koch, permettra aussi de distinguer les réactions physiologiques des réactions pathologiques.

XXV. — M. L. Devoto a publié un cas de tuberculose des os, chez un homme de 33 ans, traité par le remède de Koch, et où à la suite de la troisième injection de lymphe il est survenu de la peptonurie et de l'acétonurie. M. Kahler, de Vienne a cité un fait analogue.

XXVI. — A l'hôpital de Trieste, dans le service de M. Manussi, on a examiné le sang des malades traités par le remède de Koch, dans le but de s'assurer de la présence éventuelle des bacilles de Koch. La technique employée a été la suivante : Couvre-objets, porte-objets, verres de montre, devant servir à ces recherches, étaient désinfectés au moyen de l'acide chlorhydrique et de l'alcool absolu ; à l'aide d'une aiguille préalablement flambée, une goutte de sang était tirée de l'un des doigts du malade, ce doigt ayant été d'abord lavé avec de l'eau distillée, de l'alcool et de l'éther. Les préparations étaient fixées suivant la technique habituelle ; on les laissait séjourner pendant une demi-heure dans une solution de fuchsine phéniquée chaude, on les lavait à l'eau distillée, puis on les décolorait en les déposant pendant une mi-

nute dans la solution de Gabbet (1 gr. 5 de bleu de méthyle, 30 gr. d'alcool absolu, 20 gr. d'acide sulfurique concentré, et 50 gr. d'eau distillée). Les préparations étaient ensuite examinées dans l'eau.

Résultat : Après une ou plusieurs injections de lymphe de Koch, des bacilles de la tuberculose se rencontraient dans le sang des malades, ce qui n'avait pas lieu chez d'autres tuberculeux non soumis au traitement par le nouveau remède. D'une note publiée par la rédaction du journal où se trouve inséré le travail de M. Liebmann, il résulte que des recherches analogues faites à lhôpital Augusta de Berlin, ont donné des résultats négatifs. Les préparations avaient été fixées dans l'étuve sèche, à une température de 110°.

XXVII. — MM. Huppe et Scholl ont traité un échantillon de lymphe de Koch par différents réactifs, dans le but de déchiffrer la composition du nouveau remède. Les résultats qu'ils ont obtenus les ont amenés à conclure :

1° Que la lymphe de Koch est un mélange de produits de désassimilation et de particules non décomposées des matériaux nutritifs des cultures du bacille de la tuberculose.

2° Que les principaux éléments constituants des liquides de culture employés pour la préparation de cette lymphe sont représentés par de la peptone du commerce et par de la glycérine.

3° Que des toxalbumines dans le sens strict du mot n'ont aucune part à l'action de cette lymphe et qu'elles seraient d'ailleurs détruites par le mode de préparation (échauffement) du remède ;

4° Qu'en concentrant la lymphe par voie d'évaporation, on la rend plus instable, plus facile à conserver.

XXVIII. — M. Zuelzer annonce qu'il est parvenu à isoler des cultures pures du bacille de la tuberculose un alcaloïde, en procédant de façon suivante :

La culture contenue dans un petit tube est lessivée avec de l'eau chaude aiguisée d'acide chlorhydrique ; on filtre la masse, on la soumet à l'évaporation, on précipite le résidu par du chlorure de platine, en recommençant un certain nombre de fois. On obtient ainsi un sel double, qu'on décompose au moyen de l'hydrogène sulfuré ; on filtre et on soumet à la dessiccation.

Le produit de cette manipulation est un sel bien cristallisé, très soluble dans l'eau chaude (40°), peu soluble dans l'eau froide. La solution présente une légère teinte jaunâtre. Le sel prend lui-même cette teinte, quand il est préparé depuis un certain temps.

Inoculé en nature, par petites quantités (1 centigramme et au-dessous) à des lapins et à des cobayes, ou injecté sous la peau à l'état de solution aqueuse, ce sel développe les manifestations toxiques suivantes : au bout de 3 à 5 minutes, accélération des mouvements respiratoires dont le nombre s'élève jusqu'à 180 à la minute. Cette accélération persiste pendant un quart d'heure environ, puis se dissipe. En même temps la température corporelle de l'animal s'élève (jusqu'au-dessus de 40°, dans le rectum). Puis on observe, d'une façon constante, de l'exophthalmie. Les yeux deviennent brillants, les pupilles se dilatent légèrement, la muqueuse s'injecte. Détail intéressant, l'exophthalmie est plus prononcée du côté où a été faite l'injection. Toutes ces manifestations se dissipent au bout de 15 à 20 minutes.

A la suite d'injections un peu fortes (2 à 3 centigrammes), 3 lapins ont péri. La mort est survenue entre le 2e et le 4e jour qui a suivi l'injection. Au siège de la piqûre, les muscles étaient hypérémiés. La muqueuse de l'estomac et de la partie supérieure de l'intestin grêle était parsemée de petits foyer hémorrhagiques. Chez deux animaux on a trouvé dans la cavité abdominale 15 à 20 c. c. de sérosité claire. Le cerveau était de consistance molle, injecté de sang.

L'injection de la matière toxique dans le cul-de-sac conjonctival a provoqué des manifestations assez semblables aux précédentes.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La dengue et la grippe, *Etude des épidémies de 1889 à Smyrne*, par M. Chasseaud. (Paris, 1890, octobre, Doin, éditeur.)

Rapport sur l'épidémie de grippe dans la Seine-Inférieure par Raoul Brunon. (Rouen, imprimerie Deshays, 1890).

Grippe et aliénation mentale, par le prof. Mairet. (Montpellier, Coulet ; à Paris, Masson, édit, 1890.)

De la grippe et de son traitement par le sulfate de quinine, par Gellie. (Bordeaux, imprim. Gounouilhou.)

Les remarquables leçons de MM. les professeurs Villard et Grasset, que nous avons analysées dans la *Gazette Médicale* du 30 août, laissaient peu à glaner derrière elles. Voici venir néanmoins une série de mémoires sur la grippe qui ne sont pas dépourvus d'intérêt.

MM. Villard et Grasset avaient admis l'identité de la dengue et de la grippe, et cette dernière maladie représentait, en quelque sorte, la dengue des régions septentrionales. Tel n'est pas l'avis de M. Chasseaud, qui exerce à Smyrne et a traité successivement la dengue et la grippe. Pour M. Chasseaud, il s'agit là de deux affections essentiellement distinctes. Selon lui, la grippe appartient à la classe des épidémies à naissance rapide, la dengue rentre dans la catégorie des épidémies lentes, à invasion graduellement progressive. Cet argument possède-t-il toute l'importance que lui accorde son auteur? Les conditions de propagation des maladies infectieuses varient d'une épidémie à l'autre. L'exemple le plus frappant de ce fait nous est fourni par la grippe de 1889, cette dernière évoluant avec une allure des plus contagieuses, alors que la grippe endémique à nos régions se communique rarement à l'entourage du malade. Et cependant, malgré ces différences dans la contagiosité, les deux maladies se présentaient avec une symptomatologie à peu près identique. Il en est peut être de même de la dengue et de la grippe de Smyrne, dont M. Chasseaud ne décrit pas les signes cliniques distinctifs.

Dans ces trois affections, la dengue, la grippe de 1889, la grippe endémique, on est tenté de ne découvrir qu'une seule entité morbide à contagiosité variable, et à fond clinique uniforme. Mais sur cette base commune de signes identiques, s'étaie une série de symptômes accessoires plus ou moins marqués suivant les épidémies.

M. Chasseaud parle incidemment de la malaria, qu'il rapproche de la grippe par son mode de transmission ; car, d'après le médecin de Smyrne, la malaria est contagieuse. Il cite à ce sujet l'exemple suivant qui est bien curieux : deux malades, atteints d'une malaria à forme cholérique et à forme comateuse, entrent à l'hôpital de Smyrne. Ces malades venaient des plaines d'Ephèse où s'opéraient des travaux de terrassement et leurs types de fièvre étaient inconnus à Smyrne. Or, parmi les sœurs de charité qui veillaient dans les salles, parmi les infirmiers qui couchaient dans les dortoirs, un certain nombre contractèrent, après l'arrivée des malades d'Ephèse, des fièvres palustres à forme comateuse ou cholérique. Des

malades, reçus à l'hôpital pour des affections légères, furent pris de ces mêmes fièvres graves qui n'existaient pas auparavant; en un mot il se produisit, dans les salle de l'hôpital, une véritable petite épidémie de malaria.

— Du rapport établi par M. Brunon sur la marche de la grippe dans la Seine-inférieure, il ne se dégage aucun fait nouveau. On trouve les réponse des différents médecins du département à un questionnaire sur la contagiosité, les symptômes, les complications, le traitement et la mortalité de la grippe.

— La brochure de M. le professeur Mairet, de Montpellier, sur la grippe et l'aliénation mentale est fort intéressante. Des troubles mentaux peuvent être observés à la période de début ou de convalescence de la grippe. A la période d'état ils présentent moins d'importance. Dans ce dernier cas, ils ont revêtu les allures du délire dont le malade, déjà aliéné, était atteint avant la grippe.

Le début de la grippe éclate quelquefois sous la forme d'un accès maniaque. Au cours de la dernière épidémie, nous avons eu à traiter un cas de ce genre. Le malade, âgé de 44 ans, passionné de politique et buvant quelque peu, se couche le soir avec un mal de tête et dès la nuit est pris d'un délire agité avec loquacité incohérente, hallucinations visuelles et auditives, gesticulations effrénées. Il ne présente de la fièvre qu'à partir du troisième jour (T. 38°, 3) et se calme le sixième, après un bain tiède de 8 heures de durée. La guérison a été rapide.

Le professeur Mairet cite des faits analogues. Les suites de ces accès maniaques ne sont pas toujours si bénignes. Chez un homme de 40 ans, offrant les signes d'un délire alcoolique, la terminaison a été fatale. La mort est survenue au milieu d'accidents bulbaires, consistant en irrégularité de la respiration, pouls lent et déglutition impossible.

M. Mairet insiste sur la forme lypémaniaque que présente le délire de la grippe. Cette forme semble plus spéciale à la période de convalescence et être en relation avec les troubles de nutrition consécutifs à l'infection. Au début de la maladie, des accidents congestifs se produisent du côté du cerveau et se traduisent plutôt par l'accès maniaque franc.

Le pronostic est en général bénin, et, lorsqu'il n'existe pas de prédisposition, la folie grippale évolue rapidement vers la guérison.

— Le traitement de la grippe par le sulfate de quinine a rencontré dans M. Gellie un apôtre convaincu.

Précédement, nous avons vu que M. Villard réservait ce médicament aux accès fébriles intermittents. Le sulfate de quinine diminue la désintégration organique et excite les vaso-constricteurs. C'est en raison de ces propriétés que nous l'avions prescrit à tous nos grippés, et nous n'en avions pas retiré d'autre bénéfice patent.

D'action abortive, nous n'en avions reconnu aucune au sulfate de quinine, quel qu'ait été le mode d'administration du médicament. M. Gellie pense autrement.

Se basant sur quelques observations peu convaincantes, le médecin de Bordeaux affirme que la quinine abrège notablement la durée de la maladie et prévient les manifestations des phénomènes infectieux qui pourraient survenir. Dans les cas où des phénomènes infectieux se présentent d'emblée, la quinine les atténue et en triomphe avec une efficacité et une rapidité qui permettent de comparer son action à celle qu'elle excerce dans la fièvre pernicieuse.

Pour obtenir ces résultats merveilleux, le médicament doit être donné en une seule fois ou à deux intervalles rapprochés.

Loin de nous la pensée que la quinine n'exerce pas d'action favorable dans la grippe; mais que de tort on fait à une médication, en lui voulant faire rendre plus qu'elle ne peut donner!

FIESSINGER.

BULLETIN

TRAITEMENT DE L'ENDOMÉTRITE. — LA VACCINATION OBLIGATOIRE. — TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR LES INJECTIONS DE SÉRUM DE SANG DE CHIEN. — TRANSMISSION DE LA TUBERCULOSE DE LA MÈRE AU FOETUS.

M. Le Dentu, à propos d'un rapport sur un travail adressé par M. Para, (de la Ferté-Alais) à l'Académie de médecine sur le *traitement de l'endométrite par le curettage combiné à l'écouvillonnage ou associé à d'autres opérations*, a fait le procès en règle du traitement de cette affection par la cautérisation au chlorure de zinc. Il accuse cette méthode d'être à la fois insuffisante et dangereuse: insuffisante, parceque l'action du caustique est trop superficielle; dangereuse, parce que cette action porte principalement au niveau de l'orifice interne, siège d'élection des sténoses, et que des rétrécissements plus ou moins prononcés en sont, en effet, très fréquemment la conséqueuce. M. Le Dentu en a relevé un nombre déjà considérable de cas. M. Budin a cité à l'appui le fait d'une jeune femme chez laquelle, à la suite d'une cautérisation par le chlorure de zinc, la cavité utérine a complètement disparu. Le curettage est à la fois plus efficace et plus inoffensif; pour nos deux collègues, comme pour la grande majorité des gynécologues, il constitue le traitement de choix de l'endométrite.

M. Polaillon, qui a expérimenté personnellement ces deux méthodes, est plus éclectique. Il trouve que chacune d'elles a ses indications propres et qu'on ne saurait ainsi proscrire systématiquement l'une au profit de l'autre. Beaucoup penseront sans doute comme lui. Nous nous permettrons d'ajouter qu'il ne nous semble pas que toute femme, atteinte d'endométrite, soit fatalement condamnée à subir l'alternative de l'un ou de l'autre mode de traitement et que, en dehors d'eux, la thérapeutique reste impuissante. Il serait vraiment malheureux, pour les femmes, qu'il en fût ainsi.

On ne doit pas oublier, en effet, que l'endométrite est très fréquente; que si, dans les grands centres de population, les malades pauvres, comme les malades riches, n'ont que l'embarras du choix quand il s'agit de recourir à une intervention chirurgicale, il n'en est pas de même dans les petites villes et dans les campagnes; que le curettage de l'utérus ne saurait constituer une opération de petite chirurgie à la portée de la majorité des praticiens; qu'il importe ainsi de chercher une méthode de traitement d'une application plus facile. A ce point de vue, la cautérisation par les flèches de chlorure de zinc était bien propre à fixer l'attention; mais elle a été proposée et prônée d'une manière par trop systématique ou exclusive, aussi a-t-elle donné lien à des accidents qui deviendraient de plus en plus nombreux, si on laissait la méthode se généraliser. On doit savoir gré à M. Le Dentu d'avoir cherché à prévenir, par sa communication à l'Académie de médecine, les conséquence de cette généralisation. Mais il est permis aussi de regretter qu'il ait passé si légèrement sur le traitement de l'endométrite par la dilatation du col et l'emploi de topiques simplement modificateurs, traitement long sans doute et qui use parfois la patience des malades, mais qui réussit assez

souvent et ne présente aucun danger. La tendance actuelle des gynécologues est de dire volontiers, à propos de l'endométrite : « Hors du curettage point de salut. » Sans doute le curettage rend de grands services, mais il est aussi parfois insuffisant et il faut y recourir de nouveau ou en compléter l'effet justement par l'emploi des moyens dont nous venons de parler. S'attacher à perfectionner ces moyens, à préciser les indications de chacun d'eux, à en rendre l'action plus sûre, plus efficace, nous paraît un sujet de recherches cliniques du plus haut intérêt.

— La vaccination obligatoire a rencontré, en MM. Hervieux, Brouardel et Laborde, des avocats parfaitement convaincus, et leur conviction a passé certainement dans l'esprit de la grande majorité, sinon de l'unanimité de leurs auditeurs. Les arguments se pressent en foule pour renverser ceux que M. Le Fort avait si savamment groupés. Que craindre, que redouter d'une lymphe vaccinale prise sur une génisse dont l'autopsie préalable aura démontré l'état parfaitement sain? Quelle doctrine sérieuse invoquer pour se refuser à l'inoculation de cette lymphe? Peut-on opposer, d'autre part, le principe de la liberté individuelle à une question d'intérêt public, d'intérêt national de premier ordre? Nous disons, après nos collègues, *d'intérêt national*; et, en effet, avec la vaccination facultative, nous avons perdu, en 1870, 23,400 combattants, de la variole, ce qui suppose 200,000 hommes au moins atteints de la maladie et mis hors de service. Si une nouvelle guerre surgissait, nos armées ne seraient-elles pas de même décimées en face d'armées ennemis préservées du fléau? Dès lors, et par ce seul fait, la défense nationale ne pourrait-elle pas être gravement compromise? Si, comme le reconnaît M. Le Fort, la vaccine ne trouve pas d'opposition en France, elle rencontre certainement de l'indifférence, de l'inertie. C'est contre les effets de cette inertie qu'il faut se prémunir, et l'obligation légale peut seule atteindre ce résultat.

Il est permis de considérer la discussion comme close et la question comme définitivement jugée en faveur de la vaccination et de la revaccination obligatoires.

— MM. Ch. Richet, Langlois, Héricourt et Saint-Hilaire poursuivent les expériences, dont nous avons parlé dans notre dernier *Bulletin*, relativement aux injections de sérum de sang de chien chez des tuberculeux. Après avoir établi l'innocuité de ces injections, ils en montrent, dans une nouvelle communication à la *Société de Biologie*, les bons effets. Sur quatre tuberculeux dont ils ont produit l'observation, ils ont noté, dans l'état général et dans l'état local, une amélioration rapide et progressive. Nos confrères se gardent de rien conclure de faits encore si peu nombreux ; mais ils trouvent, dans ces premiers résultats obtenus, un encouragement à poursuivre leurs recherches. Nous avons déjà dit que M. Lépine a institué des expériences analogues avec du sérum de sang de chèvre. On aura donc à comparer les résultats de deux séries parallèles qui se contrôleront réciproquement.

— L'hérédité de la tuberculose a soulevé et soulève encore de nombreux problèmes. Comment se produit-elle? Les parents tuberculeux transmettent-ils à leurs enfants une simple prédisposition dont les conditions d'existence et de milieu favoriseront ou contrarieront plus tard la manifestation? Ou bien leur transmettent-ils directement le germe de la maladie, c'est-à-dire le bacille, qui, dans certains cas, resterait plus ou moins longtemps à l'état latent, et dans d'autres se développerait d'une façon plus ou moins précoce?

Autrefois le premier mode de transmission était à peu près universellement adopté. Aujourd'hui le second tend à prévaloir. Les faits analogues à celui que M. Czokor a communiqué à la *Société des médecins de Vienne* semblent plaider en faveur de la dernière opinion. Ce fait, il est vrai, s'est passé chez un animal, mais des bovidés à l'homme, en matière de tuberculose, le rapprochement est permis.

Une vache succombe à la tuberculose dans une période avancée de gravidité. A l'autopsie du fœtus on trouve des lésions tuberculeuses à différentes phases de leur évolution, depuis le tubercule avec cellules géantes, épithélioïdes et rondes, jusqu'à des foyers de dégénérescence caséeuse et calcaire; on rencontre concurremment de nombreux bacilles. Les lésions et les microorganismes existent uniquement dans les ganglions du ligament hépato-duodénal, ce qui permet de penser que l'infection a eu lieu par la veine porte. Le fœtus d'ailleurs est bien développé; il présente seulement une anémie profonde.

Dans l'espèce humaine on a noté rarement des lésions tuberculeuses chez le fœtus au moment de la naissance; aussi les faits de pathologie comparée, comme celui qui précède, sont intéressants à relever.

Dr F. de Ranse.

NOUVELLES

Académie de médecine. — Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine a été autorisé par décret à accepter, au nom de cette Académie, le legs de 10,000 francs qui lui a été fait par le docteur Ricord (Philippe), suivant son testament olographe du 11 février 1882.

Cette somme sera placée en rentes 3 0/0 sur l'Etat français avec mention sur l'inscription de la destination des arrérages à la fondation d'un prix biennal dit « Prix Philippe Ricord », qui sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage parn dans les deux ans sur les maladies vénériennes.

Faculté de médecine de Paris. — Prix Chateauvillard. — Le prix est partagé ainsi qu'il suit : 1° 1,000 fr. à MM. les Drs Morel Lavallée et Belières (de Paris), pour leur travail en collaboration sur *la syphilis et la paralysie générale*; 2° 500 fr. à M. Dupuy, pour son ouvrage sur *les alcaloïdes*; 3° 500 fr. à M. le Dr Jules Bœckel (de Strasbourg), pour son ouvrage sur *la résection du genou*.

Prix Montyon. — Le prix est décerné à M. le Dr Paul Raymond (de Paris), pour son travail sur *la grippe à Paris en* 1889-1890.

Assistance publique. — Concours de l'internat. — Le concours s'est terminé lundi soir par la nomination des candidats dont les noms suivent, par ordre de mérite :

A. *Internes titulaires*. — 1. Binaud (William), Lepetit, Michon, Potel, Londe, Michel-Dansac, Brodier, Charcot, Cazenave, Durante.

11. Mayet, Phulpin, Levi (Léopold), de Massary, Bouglé, Glantenay, Perrin, Halipré, Bernard (Félix), Jayle.

21. Taurin, Dudefoy, Lebon, Richerolle, Fort, Walch, Donnet, Sée (Marcel), Bracquehaye, Hulot.

31. Colinet (Édouard), Giresse, Malherbe, Damaye, Gervais de Rouville, Magniaux, Bernard (Gustave), Bernardbeig, Manson, Reymond.

41. Harou, Chaillou, Péron, Poussard, Carrel, Bezançon, Finet, Brésard.

B. *Internes provisoires*. — 1. Martin (Albert), Lantzenberg, Daudet, Letoux, Longuet, Danseux, Bodin, Diaz, Jacquinet, Chabory.

11. Guépin, Floersheim, Héan, Meslay, Courtey, Morin, Isidor, Touche, Follet, Riche.

21. Binot (Jean). Trékaki, Dois, Meunier (Henri), Vaudremer, Demantké, Banzet, Levy (Emile), Raffray, Mme Bonnier (née Cherchewsky, Esther).

31. Galpin, Maupâté, Emerit, d'Hotman de Villiers, Fiquet, Fournier, Prieur, Grilhaut des Fontaines, Ozanon, Diriart.

41. Auclair, Navarro, Dutournier (Adrien), Escat (Louis), Condamy, Gellé, Steeg, Mangin-Bocquet, Marmasse, Benoît (Charles).
51. Dauriac, Malbec, Magdelaine, Mège, Duvivier, Morallié.

HOPITAUX. — Un concours pour trois places de médecin du bureau central, s'ouvrira le 27 février 1891 à midi. MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à 3 heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 2 février 1891, et sera clos définitivement le samedi 14 du même mois, à 3 heures.

Corps de santé de l'armée. — *Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires.* — Un concours s'ouvrira le 21 décembre 1891, pour l'admission de docteurs en médecine et de pharmaciens diplômés de 1re classe civile, aux emplois de médecin et de pharmacien stagiaires (s'adresser avant le 1er décembre, au Ministre de la Guerre, bureau des hôpitaux).

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 29 décembre 1890, a été nommé : au grade de médecin de 2e classe, (pour compter du 28 décembre 1870). M. le médecin auxiliaire de 2e classe, Houdart (Eloi-Antoine), docteur en médecine

Association générale des médecins de France. — La séance annuelle de la Société Centrale aura lieu le dimanche 1er février prochain, à 2 h. 1/2, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, sous la présidence de M. Lannelongue.

Ordre du jour : Election d'un nouveau président; rapport du secrétaire ; compte rendu du trésorier ; ratification des admissions faites dans l'année ; élection d'un vice-président, du trésorier, des secrétaire et vice-secrétaire, et de membres de la Commission administrative en remplacement des membres sortants.

Société d'hydrologie médicale de Paris. — Le bureau, pour l'année 1891, est ainsi constitué :

Président, M. de Ranse; vice-présidents, MM. Bouloumié et Cazaux ; secrétaire général, M. Leudet.

La revaccination des étudiants. — La mesure dont nous avions parlé dans un précédent numéro est définitivement établie. Par arrêté ministériel, en date du 1er janvier 1891, les aspirants aux grades de docteur en médecine, d'officier de santé, de pharmaciens de 1re ot de 2e classe ne sont admis à s'inscrire dans les Facultés, Ecoles supérieures, Ecoles de plein exercice et Ecoles préparatoires de médecine et de pharmacie, que sur la production d'un certificat constant qu'ils ont été soumis à une revaccination faite sous le contrôle de la Faculté ou de l'Ecole. — Les Facultés et Ecoles détermineront les conditions de ce contrôle.

Les étudiants actuellement en cours d'études ne seront admis à prendre une nouvelle inscription que sur la production du certificat dont il s'agit.

Stérilisation de la gaze hydrophile. — Voici le procédé que l'on emploie à la clinique de Billroth, pour stériliser la gaze hydrophile et la conserver à l'abri de toute contamination. On la place dans des boîtes de carton, et elle est ainsi soumise pendant une demi-heure à une température de 120 degrés. Ces boîtes ne sont ouvertes qu'au moment du pansement et peuvent être soumise à la stérilisation une cinquantaine de fois sans être hors d'usage.

Ce procédé est applicable dans la clientèle privée et il permet d'employer à nouveau des pièces de pansement déjà utilisées. Pour stériliser les boîtes et leur contenu on peut, en effet, se servir du four d'un fourneau de cuisine.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — **Clinique nationale ophthalmologique annexée à l'hospice national des Quinze-Vingts.** — *Concours pour l'admissibilité aux emplois d'aides de clinique.* — Un concours pour l'admissibilité aux emplois d'aides de clinique à la clinique ophtalmologique annexée à l'hospice national des Quinze-Vingts aura lieu dans le courant du mois d'avril 1891. La date exacte d'ouverture de ce concours sera annoncée au moyen d'une nouvelle insertion dans le *Journal Officiel* et dans les journaux de médecine ainsi qu'au moyen d'affiches remises aux doyens des Facultés de médecine de l'État et aux directeurs des hôpitaux de Paris.

Toute demande en autorisation de concourir devra être déposée au secrétariat de l'hospice national le jeudi 12 mars au plus tard.

Les candidats ayant obtenu le nombre de points exigé pour être déclarés admissibles aux emplois d'aides de clinique, seront classés par le jury d'après le mérite de leurs examens. Ils seront nommés au fur et à mesure des vacances dans l'ordre de leur classement ; mais ils ne recevront leur titre officiel qu'après un an de service effectif à la clinique.

Les épreuves sont au nombre de trois :

1° Un examen des titres et travaux scientifiques des candidats. Cet examen sera fait par le jury et le nombre de points attribués aux candidats sera porté à leur connaissance avant l'ouverture des épreuves orales.

2° Une question orale sur un sujet quelconque de pathologie. Il sera accordé cinq minutes de réflexion et dix minutes pour l'exposition.

3° Une question orale sur un sujet de pathologie spéciale oculaire ; il sera accordé cinq minutes de réflexion et dix minutes pour l'exposition.

Un an après le concours annoncé par le présent avis, il sera créé deux emplois de chef de clinique à la clinique nationale ophthalmologique.

Tout aide de clinique ayant obtenu le titre officiel pourra concourir pour ces emplois.

Les épreuves de ce concours seront :

1° Une épreuve pratique de réfraction sur un malade ; il sera accordé vingt minutes pour l'examen du malade et cinq minutes pour l'exposition ;

2° Une épreuve clinique portant sur un malade quelconque ; il sera accordé quinze minutes pour l'examen du malade et dix minutes pour l'exposition.

— M. le Dr Landolt va commencer un cours de thérapeutique oculaire, en sa clinique, 27 rue Saint-André-des-Arts.

Ce cours est essentiellement destiné aux étudiants et jeunes médecins.

Il aura lieu le samedi à 1 heure, à partir du samedi 7 février.

Chemin de fer d'Orléans. — *Fêtes du Carnaval* 1891. — Billets d'aller et retour à prix réduits

A l'occasion des fêtes du carnaval, les billets d'aller et retour comportant une réduction de 25 0/0 sur le prix du tarif général, délivrés les samedi gras, dimanche, lundi et mardi gras (7, 8, 9 et 10 février), seront valables pour le retour jusqu'aux derniers trains de la journée du mercredi des Cendres (11 février).

Les billets de ou pour Paris conserveront leur durée de validité lorsqu'elle sera supérieure à celle fixée ci dessus.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Carnaval de Nice, tir aux pigeons de Monaco.* — Billets d'aller et retour de Paris à Nice et Menton valables pendant 20 jours non compris le jour du départ. — 1re classe, prix: 190 fr. — Faculté de prolongation d'une période unique de 10 jours moyennant le paiement d'un supplément de 10 0/0.

Billets délivrés du 30 janvier au 8 février 1891 inclusivement et donnant aux voyageurs le droit de s'arrêter, tant à l'aller qu'au retour, à toutes les gares comprises dans le parcours ainsi qu'à Hyères. Ils sont valables pour tous les trains à l'exception des trains rapides nos 7 et 10 partant : le premier de Paris à 7 h. 15 soir, le second de Menton à 11 h. 24 matin et de Nice à midi 37.

Les voyageurs porteurs de ces billets peuvent également prendre, moyennant le paiement du supplément perçu des voyageurs porteurs de billet à plein tarif, les trains de luxe composés de lits salons et de sleeping-cars.

Les enfants de 3 à 7 ans paient place entière.

Les voyageurs ont droit au transport gratuit de 30 kilogs de bagages.

On peut se procurer des billets et des prospectus détaillés à la gare de Paris P. L. M. et dans les bureaux succursales; rue St-Lazare, 88; rue des Petites-Écuries, 11; rue de Rambuteau, 6; rue du Louvre, 44; rue de Rennes, 45; rue St-Martin, 252; place de la République, 8; rue Ste-Anne, 6 et rue Molière, 7; rue Étienne-Marcel, 16, ainsi que dans les diverses agences de voyages.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 18 AU 24 JANVIER 1891

Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 1. — Rougeole, 15. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 8. — Diphtérie, croup, 41. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 228. — Autres tuberculoses, 37. — Tumeurs cancéreuses et autres, 53. — Méningite, 29 — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 62 — Paralysie, 10. — Ramollissement cérébral, 13. — Maladies organiques du cœur, 81. — Bronchite aiguë et chronique, 116. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 165. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 48. — Fièvre et péritonite puerpérales, 7. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 41. — Sénilité, 48. — Suicides et autres morts violentes, 16. — Autres causes de mort, 251. — Causes inconnnes, 11. Total 1286

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Félix Alcan, éditeur.

Les procès-verbaux, mémoires et discussions du 4e Congrès français de chirurgie, tenu à Paris au mois d'octobre 1889, publiés par les soins de M. le Dr Picqué, viennent de paraître à la librairie Félix Alcan. Cette session a été l'une des plus fructueuses pour la science, grâce au concours considérable de savants français et étrangers qu'avait attiré l'exposition universelle.

Les questions à l'ordre du jour étaient les suivantes : *Résultats immédiats et éloignés des opérations pratiquées pour les tuberculoses locales. — Traitement chirurgical de la péritonite. — Traitement des anévrysmes des membres.* Outre les communications et discussions relatives à ces questions, ce volume contient plus de 60 mémoires sur divers sujets. (1 vol. in-8° de 756 p. avec 55 gravures dans le texte, 16 fr.

Les Bactéries et leur rôle dans l'étiologie, l'anatomie et l'histologie pathologiques des maladies infectieuses, par A.-V. Cornil, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine et V. Babes professeur d'anatomie pathologique et directeur de l'Institut bactériologique de Bucarest. Troisième édition refondue et augmentée, contenant les méthodes spéciales de la bactériologie. 385 figures en noir et en plusieurs couleurs intercalées dans le texte et 12 planches hors texte. — 2 beaux volumes in-8° raisin, formant 1200 pages. — Prix : 40 fr.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

62e Année. 7e Série. Tome VIII — No 6 — 7 Février 1891

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

REVUE GENERALE

DU SANG DANS LA DÉFENSE DE L'ORGANISME CONTRE LES INFECTIONS.

par H. BARBIER.

(Suite) (1).

M. le professeur Hayem (2), en injectant du sang de cheval ou du sang de bœuf et de chevreau à des chiens, était arrivé à des conclusions montrant que le sang étranger agit sur celui du transfusé. Cette action se traduit par des modifications des éléments figurés consistant en deux faits principaux :

1° Formation de concrétions sanguines, dites de précipitation, plus ou moins volumineuses et plus ou moins nombreuses.

Ces concrétions sont formées d'abord par des amas d'hématoblastes, auxquels s'ajoutent des globules blancs et des globules rouges, constituant ainsi des caillots visibles à l'œil nu, d'où l'aspect grumeleux du sang, formés d'une partie centrale, incolore, hématoblastique, et d'une partie périphérique rouge, où dominent les hématies.

2° Altération des hématies avec dissolution de l'hémoglobine; cette action dissolvante s'opérant, soit sur une des deux espèces de sang, soit sur l'une des deux seulement.

Ces deux sortes de lésions sanguines prédominent réciproquement l'une par rapport à l'autre selon les animaux mis en expérience. C'est ainsi que, lorsqu'on opère sur le chien avec du sang de bœuf ou du sang de cheval, la dissolution globulaire est peu prononcée, tandis que, au contraire, il y a prédominance des lésions de précipitation et par conséquent des lésions emboliques. Si l'on dépouille le sang des hématoblastes, la coagulabilité du mélange des deux sangs est diminuée.

Ces expériences mettaient un premier fait en relief, c'est qu'il y a une action réelle, exercée sur le sang du transfusé par un sang étranger, et que la transfusion du sang ainsi comprise peut entraîner les dangers les plus grands.

M. Hayem revint plus tard sur cette question à propos des communications de MM. J. Héricourt et Ch. Richet dont nous parlerons dans un instant. Ces observateurs (1) avaient reconnu que lorsqu'on injecte du sang de chien, même en petite quantité, directement dans les vaisseaux du lapin, l'animal infusé ne tarde pas à succomber.

Le résultat était le même, qu'on employât du sang complet, du sang défibriné, ou même du sérum. Cependant ces trois liquides ne se montraient pas doués du même pouvoir nocif. Le sang défibriné était le plus actif, puis le sang complet, puis le sérum.

Les phénomènes observés étaient les mêmes dans les trois circonstances, les lapins mouraient avec des symptômes d'asphyxie et de cyanose. Dans les cas où ils survivaient par suite de l'insuffisance de la dose de sang transfusé, les symptômes consistaient en une dyspnée plus ou moins intense, en une polyurie inconstante, et l'émission d'urines rouges, renfermant des hématies et de l'hémoglobine dissoute, quelquefois de l'urobiline et des pigments biliaires.

L'autopsie montrait des concrétions par précipitation, notamment dans le cœur droit. Or des thromboses se forment facilement chez le lapin, ainsi que Hayem l'a démontré, quand on injecte dans le sang du sang dissous ou simplement de l'hémoglobine cristallisée. D'autre part le sérum de chien exerce une action dissolvante énergique sur les hématies du lapin qui y disparaissent presque instantanément.

Ces expériences sur la transfusion du sang montraient ainsi (Hayem) qu'on peut produire des tromboses d'une façon aussi sûre, en employant un sang ou un sérum ayant une action dissolvante énergique sur les hématies, puisque c'est là une une condition très favorable à la prise en masse du sang.

Les transfusions *intravasculaires* de sang ou de sérum étrangers peuvent donc produire des concrétions par précipitation; les unes granuleuses provoquant des embolies, les autres massives provoquant des thromboses; et ce par un mécanisme indirect, en amenant la disparition des hématies et la dissolution de l'hémoglobine, conditions favorables à la prise en masse du sang.

La voie intraveineuse ne pouvait donc convenir pour les transfusions faites dans un but thérapeutique; ou bien l'animal succombe, ou sinon, c'est que la dose du sang injecté est trop faible et par là encore insuffisante. MM. Héricourt et Ch. Richet ont en effet montré que les lapins ne peuvent recevoir dans les veines 7 c. c. de sang de chien par kilogramme sans succomber. Cette quantité est trop faible.

Mais si la voie vasculaire ne permet pas l'inoculation d'une quantité de sang suffisante, MM. Héricourt et Ch. Richet ont

(1) Voir les nos 3, 4 et 5.
(2) *Nouvelle contribution à l'étude des concrétions sanguines par précipitation.* (C. R. de l'Académie des Sciences, 15 octobre 1888.)

(1) *C. R. de l'Académie des Sciences*, 25 février 1889.
(2) *C. R. de la Société de biologie*, 1888.

montré qu'il n'en est pas de même lorsque, au lieu d'injections intravasculaires, on fait *des injections intrapéritonéales* (1).

Les injections intrapéritonéales de sang du chien à des lapins peuvent se faire à des doses beaucoup plus élevées que les injections intraveineuses, sans danger pour *la vie* des transfusés. On note bien quelques troubles passagers de la nutrition, perte de poids, amaigrissement, mais l'animal se rétablit au bout de quelques jours.

Les doses que les lapins peuvent supporter sont en moyenne de 30 grammes par kilogramme d'animal. La limite semble être à la dose de 40 gr. Mais il est difficile de fixer un chiffre précis; les qualités toxiques du sang de chien pour le lapin étant variables, sans qu'on puisse jusqu'à présent préciser les conditions qui font varier cette toxicité en plus ou en moins. Introduits avec le sang dans les voies digestives, ces poisons sont partiellement détruits, car, des lapins ont pu, par cette voie supporter des doses variant de 52 à 70 grammes, chiffres bien supérieurs aux doses toxiques lorsqu'on transfuse le sang dans le péritoine.

La toxicité du sang de chien varie d'ailleurs selon les espèces animales; c'est ainsi que des cobayes sont morts avec des doses de 17 grammes par kilogramme, injectées dans le péritoine (2).

La voie intrapéritonéale était donc celle qu'il fallait choisir pour étudier les effets du sérum d'un animal réfractaire (chien) transfusé à un animal non réfractaire (lapin); c'est à ce procédé que MM. Héricourt et Ch. Richet ont eu recours dans leurs recherches.

Le 31 mai 1890 ces observateurs présentaient à la Société de biologie 6 lapins ayant reçu le même jour une culture tuberculeuse. Trois d'entre eux étaient ou mourants ou très amaigris; deux autres qui avaient reçu du sang de chien, étaient au contraire au bout de quarante-trois jours dans un état florissant (3). Quelque temps après, ils apportaient une statistique plus complète, comprenant 43 animaux en expérience (4).

Sur ces 43 lapins il y avait au bout de deux mois d'observation :

Témoins : 24; morts 8.
Transfusés : 19; morts 2.

Soit une mortalité de :
30 0/0 pour les temoins,
10 0/0 pour les transfusés.

Les poids variaient dans les mêmes proportions :
125 pour les transfusés.
80 pour les témoins

Le poids initial étant rapporté à 100.

De l'ensemble de ces premières expériences, MM. Héricourt et Ch. Richet pouvaient déjà tirer cette conclusion que *l'infusion de sang de chien au lapin retarde l'évolution de la tuberculose expérimentale.*

Quelque temps après, à l'Académie des sciences, ces auteurs revenaient sur la même question (5) et fournissaient de nouveaux et de plus nombreux faits expérimentaux à l'appui de leurs premières conclusions : les animaux transfusés étaient morts au bout d'un certain temps, il est vrai, mais d'un temps plus long que les non transfusés; de plus ceux qui n'avaient pas reçu de sang de chien avaient rapidement maigri tandis que les autres, après avoir engraissé, n'avaient maigri que plus tard. La transfusion du sang de chien retardait donc l'évolution de la tuberculose, *mais ne l'empêchait pas.*

Dans une note ultérieure (1) ces mêmes expérimentateurs revinrent sur la question, et annoncèrent qu'ils croyaient avoir réussi à rendre des lapins réfractaires à la tuberculose, en leur inoculant des cultures de virus tuberculeux stérilisé. En même temps qu'ils continuaient leurs expériences avec du sang de chien, mais du chien préalablement tuberculisé.

Trois lapins transfusés avec le sang de ce chien, qui au bout d'un mois avait maigri et semblait malade, ont été inoculés ensuite avec du virus tuberculeux ainsi que trois témoins. Vingt-cinq jours plus tard deux de ces derniers étaient morts et le troisième avait maigri manifestement, tandis que les autres tranfusés avaient engraissé.

Ces recherches, pleines d'intérêt, ne devaient pas rester dans le domaine des faits d'intérêt purement expérimental. Leur importance, comme moyen prophylactique et thérapeutique contre la tuberculose, légitimait leur application à la pathologie humaine.

Le sang de chien n'était pas d'ailleurs le seul liquide utilisable; au commencement de l'année 1890, MM. *G. Bertin* et *J. Picq* (de Nantes) (2) avaient remis à l'Académie de médecine un mémoire dans lequel ils étaient arrivés aux conclusions suivantes, à savoir que si on prend du sang de chèvre, animal réfractaire comme le chien à la tuberculose, qu'on le transfuse à des lapins, on crée ainsi chez ces derniers un état bactéricide du sang contre l'infection tuberculeuse. Quand la transfusion a lieu en même temps que l'inoculation, l'animal résiste : quand la transfusion a lieu après l'inoculation, l'animal peut guérir de ses lésions tuberculeuses en voie d'évolution.

On avait donc de par soi des faits expérimentaux suffisamment nombreux et guéris pour légitimer une application de la méthode à la pathologie humaine. Mais on se heurtait dès le debut à des difficultés qui résultaient de *la quantité* de sang à injecter et de la *voie de pénétration* de ce sang.

MM. J. Héricourt et Ch. Richet injectaient dans le péritoine le sang du chien, et ce à la dose de environ 30 grammes par kilogramme du poids de l'animal. On ne pouvait songer à transfuser par cette voie à l'homme une quantité équivalente de sang.

En supposant une moyenne de poids de 60 à 70 kilogrammes par malade, la quantité de sang à transfuser dépasserait 1.800 grammes. Quel est le médecin qui oserait injecter dans le péritoine d'un homme une quantité aussi considérable de sang.

D'antre part, avant d'appliquer à l'homme la méthode, encore fallait-il avoir un procédé sûr pour recueillir le sang d'une façon aseptique afin d'injecter dans des conditions de garantie absolue le sérum fourni par le chien.

Dans la séance du 17 janvier 1890, MM. Héricourt et Ch. Richet ont décrit une technique spéciale pour obtenir du sérum par le chien en même temps qu'ils donnaient les premiers résultats de l'inoculation à l'homme, résultats qui montraient la complète innocuité de celle-ci.

Un gros chien de 25 kilogrammes peut fournir près de 1.200 grammes de sang. Ce sang est reçu dans des vases stérilisés, et au bout de vingt-quatre heures la coagulation est terminée; mais on remarque que le sang fournit d'autant plus de sérum et par conséquent moins de caillots que l'animal a perdu

(1) *Ibid.*, 7 juin 1890.
(2) Voyez *C. R. de la Société de biologie*, 2 mars 1889. — Voyez aussi : *Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose*, publiées par le professeur Verneuil et L.-H. Petit, 1890, t. II, 2e fascicule.
(3) *C. R. de la Soc. de biologie*, 2 mars 1889.
(4) *C. R. de la Soc de biologie*, 31 mai 1890.
(5) *C. R. de l'Académie des sciences*, 16 juin 1890.

(1) *Société de Biologie* 8 mars 1890, *C. R.*
(2) Voir *Gazette médicale de Nantes*, 1890.

plus de sang. C'est le dernier recueilli qui fournit la plus grande quantité de sérum. La proportion variable de la fibrine et des globules fait que parfois, la fibrine étant peu abondante, il reste au-dessus du caillot une couche de globules qui rend difficile la récolte du sérum. Si l'animal est en pleine digestion, au moment où il est sacrifié, le sérum contient en suspension des globules de graisse qui le rendent lactescent. Cet état du sérum n'a aucun inconvénient.

Le sérum, une fois séparé, est mis dans des tubes en verre épais, effilés aux deux bouts dans lesquels on peut l'aspirer. Les deux extrémités sont ensuite fermées à la lampe. Le sang d'un seul chien peut ainsi fournir 60 à 80 tubes facilement transportables.

Le sérum ainsi obtenu a été injecté à cinq malades tuberculeux, non plus par la voie péritonéale et aux doses massives dont nous parlions tout à l'heure, mais par la voie sous-cutanée.

L'injection par cette voie, de sang de chèvre en nature, avait d'ailleurs été tentée par MM. Bertin et Pick et tout récemment par M. le professeur Lépine.

MM. Bertin et Pick (1) avaient injecté à un phthisique dans la région fessière 12 à 15 grammes de sang de chèvre, sans accident local ou général.

M. le professeur Lépine (2) a de son côté, pratiqué chez deux phthisiques, cette opération, en leur injectant 80 grammes de sang de chèvre qui venait d'être retiré de la veine. Les phénomènes observés ont été un empâtement dur et de la douleur, phénomènes qui ont duré plusieurs jours, et qui, selon la remarque de M. Lépine, empêcheraient certainement qu'on puisse renouveler souvent une pareille tentative.

L'injection de sang ne saurait donc constituer qu'une méthode thérapeutique d'exception, et à ce titre elle manquerait d'efficacité pour l'impossibilité où l'on serait de pouvoir la répéter. Mais si l'injection du sang en nature a de semblables inconvénients, il n'en est pas de même du sérum.

Nous nous sommes suffisamment étendu au commencement de cette *Revue* sur les propriétés bactéricides du sérum pour n'avoir plus besoin d'insister sur ce point en ce moment, et pour avoir à y revenir.

Eh bien, M. Héricourt et Richet ont montré (3) que l'injection du sérum recueilli de la façon qu'ils ont indiquée ne présente aucun des inconvénients du sang frais.

Sur les malades qui ont servi aux expériences de MM. Héricourt et Richet, près de soixante-quinze injections ont été faites à la dose de un ou deux centimètres cubes, et il n'est jamais survenu d'accidents, ni rougeur, ni gonflement, ni menace d'abcès.

Dans quelques cas, il y a eu un peu de douleur, un léger prurit, mais au bout de vingt-quatre heures, le malade ne saurait retrouver le point où la piqûre a été faite. Aussi ces savants observateurs pouvaient-ils conclure que l'injection de sérum de chien est un procédé d'un maniement facile et que cette injection est absolument inoffensive soit au point de vue général, soit au point de vue local.

C'est aussi la conclusion à laquelle est arrivée M. le professeur Lépine (4).

(*A suivre.*)

(1) *Société de Biologie*, 20 décembre 1890. C.-R.
(2) Lépine. *Sur l'application à l'homme de la méthode de traitement de MM. Héricourt et Richet. (Semaine médicale*, 1891, n° 4.)
(3) *Société de Biologie*, 7 janvier, 1891.
(4) *Loc. cit.*

RECUEIL DE

FAITS CLINIQUES ET EXPÉRIMENTAUX.

EFFET THÉRAPEUTIQUE DES INJECTIONS DE SÉRUM DE CHIEN (HÉMOCYNE) CHEZ L'HOMME, DANS LE COURS DE LA TUBERCULOSE.

Par MM. J. Héricourt, P. Langlois et Saint-Hilaire.

M. Ch. Richet, en présentant les observations qui vont suivre à la *Société de Biologie*, fait remarquer à quel point les injections d'*hémocyne* (néologisme qu'il propose) ont été suivies de l'amélioration des malades traités.

Cette amélioration continuera-t-elle? On n'ose pas trop l'espérer. Quoi qu'il en soit, on peut, dès à présent, affirmer l'innocuité de cette thérapeutique nouvelle.

Ces quatre observations n'ont pas été choisies parmi les meilleures : elles constituent les seules quatre observations un peu complètes qui se rapportent à cette méthode (1).

I. — Observation de M. Héricourt.

M. W..., contremaître estampeur, âgé de cinquante ans. Père encore vivant; mère morte à l'âge de quarante ans, après avoir eu treize enfants. Tous ses frères et sœurs sont actuellement vivants et bien portants, sauf un frère et une sœur morts de maladies de poitrine contractées à l'âge de dix-huit et trente ans.

M. W... s'est bien porté jusqu'à l'âge de quarante-sept ans.

Il y a trois ans, un abcès se produit à la marge de l'anus, qui laisse à sa suite une fistule, non encore guérie; puis la toux s'établit, de plus en plus fréquente, ainsi que l'expectoration, qui est parfois teintée de sang.

A notre premier examen, le 25 novembre dernier, le malade se plaint d'une grande faiblesse. Il est fort amaigri (le poids est tombé de 67 kil. 500 à 55 kil.).

Le poumon gauche donne à la percussion, dans toute son étendue, une submatité, surtout accentuée au sommet; des râles sibilants et des râles sous-crépitants s'entendent de haut en bas, avec un foyer manifeste de gros râles uniquement fixés sous la clavicule.

A droite, un peu de dureté à la percussion sous la clavicule; inspiration soufflante, expiration prolongée, et quelques craquements humides en foyer, sous la clavicule. Frottements pleuraux à la pointe de l'omoplate.

Les crachats jaunes, épais, nummulaires, contiennent de nombreux bacilles.

Diagnostic : tuberculose pulmonaire au deuxième degré, à forme de bronchro-pneumonie caséense, cavernes en voie de formation aux deux sommets, plus avancées à gauche.

6 décembre. L'état du malade étant le même que ci-dessus, je fais, à la partie supérieure de la région lombaire du côté gauche, une injection sous-cutanée de 1 centimètre cube de sérum de sang de chien (que nous appellerons *hémocyne* pour simplifier). L'injection n'est pas douloureuse. Pas d'autre traitement. Le malade est seulement invité à manger le plus possible et à continuer l'huile de foie de morue qu'il prend depuis plusieurs mois. P. 55 kilogrammes.

(1) Voir, pour les procédés techniques qui ont servi à recueillir de l'hémocyne *Bull. de la Soc. Biol.*. 1891, et le *journ. des Soc. scientif.* n° 5, p. 33.

En ce moment, M. le professeur Verneuil a institué dans son service de l'Hôtel-Dieu le même traitement sur des malades atteints de tuberculoses chirurgicales, ce qui permet de suivre avec précision les effets locaux du traitement parallèlement aux effets généraux.

Actuellement (28 janvier) le nombre des injections s'élève à peu près à cent cinquante sans aucun accident. L'amélioration signalée dans l'état des quatre malades, dont les observations sont ci-dessus relatées, s'est maintenue.

Le 13, je revois le malade, qui accuse une amélioration sensible. L'appétit s'est montré. Sa faiblesse a disparu, et il vaque à ses occupations avec moindre fatigue. La toux et l'expectoration ont notablement diminué pendant les quatre premiers jours qui ont suivi l'injection, mais ont reparu depuis comme antérieurement. Même état local.

Ce jour, injection de 2 centimètres cubes d'hémocyne (1 centimètre cube en deux points différents).

Le 18. Le sentiment de bien-être et le besoin d'activité persistent. L'appétit est satisfaisant. P. 56 kilogrammes.

Un changement notable s'est produit dans la toux et dans l'expectoration. La toux est devenue plus fréquente ; mais les crachats sont muqueux, aérés, et ont complètement perdu l'aspect nummulaire caractéristique. A l'auscultation, les râles humides sont plus gros et plus nombreux.

En somme, un peu de congestion pulmonaire.

La dernière injection s'est accompagnée de légères démangeaisons, sans rougeur ni gonflement, qui ont persisté vingt-quatre heures.

J'injecte 2 centimètres cubes d'hémocyne (1 centimètre cube en deux points différents).

Le 21. Même état. Injection de 2 centimètres cubes d'hémocyne.

Le 25. Même état général satisfaisant. La toux et l'expectoration diminuent ; l'expectoration reste muqueuse. P. 57 kilogrammes ; injection de 2 centimètres cubes d'hémocyne.

Le 30. P. 58 kilogrammes. État général toujours satisfaisant, appétit ; suppression des sueurs nocturnes. L'état local est notablement amélioré. Les râles sont moins nombreux, à gauche, et, à droite, on perçoit à peine, sous la clavicule, quelques rares crépitations profondes.

Les dernières injections ont été *très douloureuses* pendant vingt-quatre heures, et se sont fait sentir pendant trois jours. Les douleurs ont d'ailleurs seulement apparu le lendemain, sans rougeur, ni gonflement au niveau des piqûres.

2 centimètres d'hémocyne.

8 janvier 1891. P. 59 kilogrammes.

L'état général est très satisfaisant. L'appétit persiste ; la toux et l'expectoration sont devenues très rares, la nuit comme le jour. Il n'y a plus du tout de crachats purulents.

Localement, les râles humides ne s'étendent plus qu'en un point limité, sous la clavicule gauche et dans la fosse sus-épineuse. Quelques sibilances, fines, disséminées dans le reste du poumon.

4 centimètres cubes d'hémocyne.

Le 15. P. 59 kil. 200. Même état général. Le malade déclare n'avoir pas été si bien portant depuis longtemps ; il ne transpire plus, ne tousse plus la nuit. Le matin, il a une légère quinte et expectore quelques mucosités transparentes. Parfois, il tousse un peu après les repas, et c'est tout.

Localement, il n'y a plus de râles dans le poumon droit ; et à gauche, on n'entend que quelques fines sibilances, et quelques crépitations dans la profondeur du lobe supérieur.

4 centimètres cubes d'hémocyne (en deux points différents).

Le 24. P. 59 kil. 500. Même état général. Même état local. La fistule anale donne encore une goutte de pus de temps à autre.

Ainsi, aujourd'hui, après avoir reçu en injections sous-cutanées 19 centimètres cubes de sérum, le malade se trouve considérablement amélioré.

Au point de vue de l'état général il mange et digère bien, vaque à ses occupations de contremaître, dort sans transpirer et se sent vigoureux. Il n'est pas gêné par la toux, et expectore à peine.

Localement, assurément, les poumons sont encore malades ; il y a des sibilances et des craquements humides au sommet gauche ; quelques craquements secs à la pointe de l'omoplate droite, mais l'amélioration n'est pas non plus discutable, et il nous paraît légitime d'affirmer que le processus a été au moins arrêté.

L'examen des crachats montre qu'il s'y trouve encore des bacilles.

II. — Observation de M. P. Langlois.

M. V..., trente-sept ans. — Pas d'antécédents héréditaires. Père et mère très bien portants. Quatre enfants en bonne santé.

S'est toujours très bien porté jusqu'en février 1890, époque où M. V... a contracté une bronchite, à la suite, dit-il, d'un refroidissement.

M. V..., inquiet de sa santé, a suivi jusqu'en décembre plusieurs traitements, tous dirigés contre la tuberculose.

1er décembre. État général mauvais, amaigrissement considérable, progressif, d'après son entourage, depuis le mois de février. Expectoration abondante, muco-purulente, sueurs nocturnes, léger accès de fièvre dans la soirée.

La voix est très enrouée. Le malade ne peut soutenir une conversation de quelques instants.

Signes cavitaires à gauche. Matité et gargouillement dans la région sous-claviculaire. A droite, quelques gros râles humides et craquements avec submatité sous-claviculaire. Poids, 76 kilogr.

Le 13. L'état général s'est aggravé. L'appétit et le sommeil ont disparu. L'expectoration toujours muco-purulente est des plus abondantes. Il existe de la congestion du poumon droit (râles crépitants à la pointe de l'omoplate). La respiration est dyspnéique, les lèvres cyanosées, la voix est éteinte, tout effort impossible, pas d'hyperthermie. La température oscille le soir entre 37°,6 et 38°,2. Le poumon gauche est dans le même état. La zone de matité plus étendue.

Traitement tonique ; M. V... ne peut absorber que de très faibles quantités de poudre de viande.

Le 16. Première injection de 1 centimètre cube d'hémocyne dans la région inter-scapulaire. Vin de peptone, poudre de viande, fer et sirop de morphine le soir.

Les piqûres sont continuées tous les trois jours, jusqu'au 22 décembre ; tous les deux jours ensuite, à la dose de 1 centimètre cube, quelquefois 1 centimètre et demi ; une seule fut de 2 centimètres.

Le 24. Constatation d'une escarre fessière à gauche. L'appétit est toujours nul ; la poudre de viande difficilement absorbée. La congestion pulmonaire diminue. Poids, 72 kilogrammes.

Le 28. L'expectoration se modifie, les crachats cessent d'être muco-purulents, pour devenir moins abondants, muqueux et spumeux. Cette modification se fait graduellement.

A partir du 1er janvier, l'appétit revient, ainsi que le sommeil naturel. Le malade jusque-là alité se lève, mange des viandes rôties et du poisson, supprime sa morphine. L'escarre fessière est en voie de cicatrisation.

Le 24. L'état général est très amélioré, la voix est revenue plus nette, moins voilée. A droite, il existe encore quelques râles sous-crépitants et quelques craquements au sommet. A gauche, le gargouillement a presque disparu, on perçoit un souffle caverneux et la matité est diminuée en certains points. M. V... sent les forces revenir, peut monter trois étages, l'appétit est complètement revenu, et il mange, dit-il, plus qu'avant sa maladie. Poids, 73 kilogrammes. Augmentation en 10 jours, 1 kilogramme.

Les injections, au nombre de vingt, ont généralement été indolores. Deux cependant ont été suivies de sensations douloureuses persistant plus de vingt-quatre heures (dans un cas, trois jours), mais toujours sans aucune réaction locale. M. V... signale une démangeaison assez marquée dans toute la région injectée.

Cette démangeaison n'apparaît pas immédiatement, mais généralement atteint son acmé dix-huit ou vingt heures après l'injection.

(*A suivre*).

MICROBIOLOGIE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LE TETANOS,

par MM. Vaillard et H. Vincent.

Le tétanos a pour cause un bacille que Nicolaier a décrit, et dont Kitasato a prouvé la spécificité. Ce bacille se développe uniquement dans la plaie des tétaniques, où il secrète un poison ou toxine d'une extrême activité qui, par sa diffusion, produit la maladie. Le microbe élabore aussi sa toxine dans les milieux de culture artificiels; on peut l'y déceler et étudier ses propriétés, comme K. Faber l'ait fait le premier.

Si la nature parasitaire du tétanos et le mécanisme suivant lequel le microbe engendre la maladie se trouvent ainsi définitivement établis, des faits obscurs ou contradictoires restent encore, aussi bien dans son histoire expérimentale que dans son étiologie.

L'inoculation aux animaux des cultures pures du bacille tétanique détermine sûrement le tétanos; mais, contrairement à ce qui s'observe chez l'homme ou les animaux spontanément atteints de la maladie, l'agent pathogène ne se multiplie pas an point infecté; il disparaît même, après quelques heures, de la région où il a été introduit. Les accidents tétaniques n'en suivent pas moins un cours rapide. Cette particularité est en contradiction avec les données acquises sur les maladies parasitaires, dont l'évolution est toujours corrélative de la pullulation du microbe pathogène. L'anomalie s'explique par un fait qui avait échappé aux expérimentateurs: les cultures du bacille tétanique inoculées agissent seulement par la toxine qu'elles contiennent; les animaux succombent intoxiqués par le poison que le bacille a élaboré *in vitro*, et non parce que celui-ci a vécu et pullulé dans les tissus. Ce poison est très actif: il suffit en effet de 1/1000e de centimètre cube d'une culture stérilisée par filtration pour donner au cobaye un tétanos mortel, et de 1/100,000^e de centimètre cube pour tuer une souris.

La preuve est facile à donner que le microbe n'intervient pour rien dans le tétanos expérimental. On peut inoculer à des animaux très sensibles des doses considérables de bacilles tétaniques purs, soit jeunes et en voie de développement actif, à un moment où la toxine n'est pas encore sécrétée, soit pourvus de leur spore, mais privés par un lavage de toute trace de toxine, sans produire le tétanos: dans ces conditions l'agent pathogène ne végète pas au sein des tissus, il n'élabore, par suite, pas son poison et reste incapable de provoquer la maladie.

Ce fait explique une particularité insolite de l'histoire expérimentale du tétanos. Tandis que les maladies parasitaires transmissibles à un animal peuvent se communiquer indéfinitivement d'un sujet à l'autre par l'inoculation des produits (tissus ou humeurs) recélant l'agent pathogène, pour le tétanos il n'en est pas ainsi; les produits recueillis sur un animal, sensible au tétanos, infecté an moyen des cultures pures, ne sont pas inoculables. La raison en est que le microbe, à l'état pur, ne se multiplie pas dans l'animal inoculé.

Il résulte encore de ce fait qu'une différence profonde existe entre la genèse du tétanos inoculé et celle du tétanos qui survient dans les conditions ordinaires de l'infection. Dans le premier cas on injecte, avec le microbe, la dose de toxine suffisante pour donner la maladie. Dans le second, des spores sans toxine déjà préparée souillent une plaie et doivent, avant de susciter la maladie, germer et élaborer le poison spécifique. Les faits ne sont pas similaires.

Ceci nous conduit à une autre difficulté. Étant données l'ubiquité des germes du tétanos, leur abondance dans le sol et les antres milieux extérieurs, la facilité avec laquelle ils peuvent arriver an contact des plaies, on ne concevait pas aisément la rareté réelle de la maladie. La raison en est peut-être bien simple. Nous venons de voir que la pénétration de l'agent pathogène ne provoque pas fatalement le tétanos; certaines conditions sont nécessaires pour qu'il évolue dans les plaies, et d'autres, au contraire, ne lui permettent pas d'évoluer.

Les résultats négatifs de l'inoculation aux animaux, même à dose considérable, de bacilles, on spores tétaniques sans toxine démontrent que le microbe seul ne peut pas produire la maladie. Mais il la provoque sûrement si on lui associe un organisme banal, comme le *Microbacillus prodigiosus*. Un moyen un moins propre à donner le tétanos sera d'infecter une plaie, puis de la laisser ouverte aux souillures extérieures. Cette condition est aisément réalisée en introduisant dans un décollement de la peau un fragment d'ouate imprégné de quelques spores sans toxine. La plaie béante est bientôt envahie par des microbes adventices, et toujours le tétanos survient.

Ainsi se trouve établi, avec le rôle des associations microbiennes dans la pathogénie du tétanos, un fait nouveau dans l'histoire des maladies parasitaires.

Les germes pathogéniques actuellement connus agissent d'autant mieux et plus sûrement chez l'animal, qu'ils sont purs de tout mélange; la première condition à réaliser, pour l'étude expérimentale de la maladie qu'ils provoquent, consiste donc dans l'isolement parfait du virus et son inoculation à l'état de pureté absolue. Tel n'est point le cas du tétanos: le virus pur est inoffensif pour l'animal; le virus impur est au contraire meurtrier. Seul, le microbe du tétanos est incapable de végéter dans les tissus d'un animal sain, mais il pullule si l'on fait intervenir simultanément d'autres microbes qui peuvent être ou banaux ou pathogènes. Ainsi s'expliquent les propriétés tétanigènes de la terre si riche en microbes divers, et l'inoculabilité des produits recueillis dans les plaies des tétaniques, où le bacille spécifique est toujours mélangé à des organismes qui ont favorisé sa pullulation. Mais cette inoculabilité des produits tétaniques a une limite, car l'on ne peut transmettre la maladie en séries indéfinies, contrairement à ce qui existe pour les autres affections parasitaires: c'est que les organismes d'impureté disparaisseut dans les passages d'animal à animal, et le virus épuré devient incapable de végéter.

De plus, tous les microbes ne possèdent pas l'aptitude à faciliter le développement du bacille tétanique dans les plaies; c'est seulement le propre de quelques-uns: aussi comprend-on l'inconstance des effets consécutifs à la souillure des plaies par la terre.

Outre les associations microbiennes, d'autres circonstances peuvent encore favoriser l'infection par le bacille tétanique: telle est l'action de certains agents chimiques sur les tissus (acide lactique, triméthylamine), telle est aussi la meurtrissure des muscles.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

I. — Sur un cas de péritonite purulente guérie par laparotomie, par le Dr E. Henoch. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1891, n° 4, p. 87.)

II. — Remarques sur l'action curative énigmatique de la laparotomie dans les cas de péritonite tuberculeuse, par le Dr Lauenstein. (*Centralblatt für Chirurgie*, 1890, n° 42, p. 793.)

III. — Contributions cliniques a la chirurgie abdominale, par le Dr Harbordt. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 39, p. 867.)

IV. — Drainage des ventricules cérébraux pour hydrocéphalie par le Dr A. Broca (*Revue de chirurgie*, 1891, n° 1, p. 37).

I. — L'intéressante observation publiée par Henoch concerne une petite fille de 4 ans, issue de parents sains, qui tomba malade le 23 décembre 1889; à cette date elle fut prise de fièvre (38°,8) de coliques, de diarrhée et de vomissements. Dans la suite le ventre s'est mis à gonfler, les vomissements se sont reproduits, l'enfant est devenue de plus en plus pâle, de plus en plus maigre. En l'examinant, à l'hôpital, on trouva des traces de rachitisme, ainsi que les signes et symptômes d'une péritonite avec épanchement. Une ponction exploratrice, pratiquée le 27 janvier 1890, donna issue à du pus qui ne contenait pas de bacilles de la tuberculose. Les urines étaient normales. On décida de procéder à l'évacuation du pus.

Le 28, on incisa la paroi abdominale dans une étendue de 2 1/2 centimètres, entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde. On retira par l'incision 2.000 cc. d'un pus peu épais, mélangé de caillots fibrineux. On introduisit un drain par l'incision. Le 7 février, la plaie s'était fermée sans trace de fièvre. L'enfant avait simplement eu quelques vomissements. Le 10 mars, la fillette quittait l'hôpital, en état de guérison.

M. Henoch déclare qu'il lui est impossible d'assigner à cette péritonite purulente une cause plausible. L'explication qui lui paraissait d'abord la plus vraisemblable était celle qui consiste à admettre qu'il s'agissait dans ce cas d'une péritonite tuberculeuse aiguë, malgré le résultat négatif de la recherche des bacilles dans le pus retiré de la cavité abdominale. Cette hypothèse lui semblait d'autant plus admissible que parfois la péritonite tuberculeuse évolue sous les dehors d'une péritonite aiguë. Or l'évolution du cas relaté ci-dessus parle contre cette hypothèse de la nature tuberculeuse de la péritonite. Les exemples de guérisons de péritonites tuberculeuses, obtenues au prix d'une laparotomie, qu'on a publiés dans ces derniers temps, se rapportent tous à la forme chronique de cette affection, et dans tous ces cas, la guérison définitive reste problématique.

II. — Comment expliquer l'action curative de la laparotomie (si action curative il y a), dans les cas de péritonite tuberculeuse chronique? L'emploi des antiseptiques, que comporte habituellement l'opération, paraît n'y être pour rien. M. Lauenstein se demande si cette action curative n'est pas imputable à l'évacuation du liquide épanché dans le péritoine. Nous savons que la dessiccation porte atteinte au développement et à la vitalité des bacilles de la tuberculose. Un péritoine mis à sec ne serait-il pas rendu plus résistant contre le bacille de la tuberculose que ne l'était la séreuse constamment baignée par les courants liquides qui la traversent?

D'autre part Koch nous a appris que la lumière du soleil tue rapidement toutes les bactéries qui se développent dans des milieux de culture, et notamment le bacille de la tuberculose, qui périt en un espace de temps variable de quelques minutes à une heure. Il est très vraisemblable que ce facteur intervient pour une part dans l'action curative susdite.

Incidemment Lauenstein mentionne qu'il a eu une occasion récente d'opérer un cas de péritonite tuberculeuse, chez une femme de 37 ans. Une fois la paroi abdominale incisée, il s'est contenté de laisser écouler l'épanchement liquide et d'éponger les tissus sans recourir à l'emploi des antiseptiques. Puis pendant dix minutes il a exposé les différentes parties de la cavité abdominale à l'action de la lumière solaire. L'ascite ne s'est pas reproduite, et la femme se porte bien.

III. — M. von Flamerdinghe a rendu compte de 3 cas de laparotomie pratiquée pour remédier à des traumatismes abdominaux.

Un premier cas se rapporte à un jeune homme de 20 ans, qui s'était tiré un coup de revolver dans la région de l'estomac. Presque aussitôt il fut pris de douleurs abdominales et de vomissements. La laparotomie fut pratiquée une heure environ après l'accident : incision de 10 centimètres, le long du rebord des fausses côtes à gauche, à travers laquelle l'estomac fut attiré au dehors. Sur la grande courbure on découvrit une solution de continuité de 5 millimètres de diamètre. Une perte de substance de même dimension intéressait le côlon transverse. Avec une sonde, on pouvait pénétrer dans ces deux organes à travers ces orifices, sans trouver un orifice de sortie. L'opérateur en conclut que le projectile, après avoir atteint le côlon et l'estomac dans une direction tangentielle, était allé se perdre dans le second de ces deux organes. Les deux plaies furent oblitérées au moyen de sutures de Lembert. Au bout de trois semaines la guérison était achevée. Ce fait vient donc à l'appui du principe défendu surtout par les chirurgiens américains, et qui veut qu'après une plaie pénétrante de l'abdomen, on procède sans hésitation à la laparotomie.

Le second cas concerne un homme de 27 ans, qui s'était tiré un coup de revolver dans la région de l'épigastre, pour mettre fin à ses jours. Cette tentative de suicide fut suivie d'une hémorrhagie abondante. Le chirurgien vit la victime une heure environ après l'événement; il découvrit une plaie de la largeur d'une lentille, à trois centimètres de l'appendice xyphoïde. En partant de cette plaie, il incisa les téguments abdominaux sur une longueur de 5 centimètres, dans l'espoir de pénétrer dans le trajet creusé par la balle. Un filet de sang s'échappa de dessous l'appendice xyphoïde, et il fallut réséquer cette saillie osseuse. On mit ainsi à nu le trajet de la balle, qui traversait le lobe gauche du foie d'avant en arrière. Comme la plaie du foie ne donnait plus de sang, on referma aussitôt l'incision abdominale, qui se cicatrisa bien qu'elle se trouvât exposée à l'irritation entretenue par un écoulement de bile. Le sujet s'est complètement rétabli.

La troisième laparotomie fut nécessitée par une plaie par un instrument piquant, à travers laquelle l'épiploon faisait hernie. La plaie fut largement agrandie. Puis, quand on se fut convaincu que ni l'épiploon ni l'intestin n'avaient été lésés, elle fut oblitérée. Le sujet s'est rétabli.

Dans un quatrième cas, la laparotomie était commandée par une péritonite purulente et septique, qui avait eu pour point de départ l'inflammation d'un testicule chez un cryptorchide. Le cas s'est terminé par guérison.

Suit la relation d'un cas de fracture compliquée du bassin, où la guérison a été obtenue au prix d'une résection de tout le cadre du trou sous-pubien.

IV. — Au dernier congrès international de médecine de Berlin, M. Keen, de Philadelphie, a donné lecture d'un mémoire sur la chirurgie des ventricules latéraux du cerveau. Dans ce mémoire, Keen rappelait qu'il y a plus de cent ans (1744), Dean Schwifft avait eu recours à la ponction du cerveau dans un cas d'hydrocéphalie, mais sans recourir à la trépanation, et en ponctionnant à travers la fontanelle antérieure. Il rappelait que Wernicke le premier (1881), avait proposé de ponctionner les ventricules latéraux par voie de trépanation.

Sans avoir connaissance des travaux qui se rapportaient à cette question, M. Keen a pratiqué trois fois la ponction des ventricules latéraux après trépanation; avec drainage consécutif. Dans sa communication au congrès de Berlin, Keen citait quatre autres opérations du même genre pratiquées dans le courant des dernières années, par Bergmann (1887), Mayo Robson (1889), Ayers et Hersman.

M. Broca est le premier, en France, qui ait renouvelé cette tentative, avec un succès opératoire complet. Il pose en principe que le drainage des ventricules cérébraux, entrepris pour parer aux accidents de compression excentrique dus à l'hydrocéphalie intra-ventriculaire, est certainement très rationnel, qu'on est autorisé à y avoir recours aujourd'hui que, grâce à l'antisepsie, le cerveau supporte à merveille les manœuvres opératoires les plus complexes. L'avenir dira quel résultat on peut attendre de cette opération. *A priori* il semble qu'on n'ait le droit d'espérer un résultat satisfaisant qu'autant que le crâne n'est pas encore soudé et que sa souplesse est suffisante pour permettre à la boîte osseuse de suivre le retrait du cerveau. Cependant l'enfant (3 ans) trépané par M. Broca avait les sutures soudées. C'est que l'opérateur visait une indication toute spéciale : remédier à une contracture qui intéressait les muscles du bras droit depuis trois mois, survenue qu'elle était à la suite de convulsions. Ce but a été atteint. Sera-t-il dépassé? L'enfant parlera-t-il, marchera-t-il, ce qu'il était dans l'impossibilité de faire jusqu'alors? M. Broca en doute, quoique après l'opération il eût pu constater des signes évidents d'une décompression cérébrale.

M. Broca a joint à la relation de ce fait personnel une observation qui lui a été communiquée par M. Thiriar, de Bruxelles, ainsi que la traduction d'un résumé du mémoire de Keen, dont il a été question plus haut. Je me bornerai à reproduire ici que ce qui a trait au manuel opératoire, ajoutant seulement que sur un total de 9 opérations tentées jusqu'à ce jour, 6 se sont terminées par la mort.

Voici comment M. Broca a procédé chez l'enfant qu'il a opéré.

La tête ayant été préalablement rasée, savonnée, brossée et lavée au sublimé à 1/1000, M. Broca a fait au cuir chevelu une incision en croix dont les deux branches se coupaient à angle droit, au niveau d'un point situé à 3 centimètres au-dessus et à 3 centimètres en arrière du méat auditif externe droit. Après avoir relevé, en y comprenant le périoste, les quatre petits lambeaux, l'opérateur appliqua une couronne de trépan de 1/2 centimètre de diamètre, en se bornant à circonscrire d'une rainure la rondelle qu'il voulait enlever et qu'il fit sauter ensuite à la gouge et au maillet. Dans l'orifice ainsi créé, la dure-mère apparut et fut incisée crucialement avec la pointe du bistouri. L'écorce cérébrale apparut ensuite. L'opérateur enfonça alors le gros trocart de l'appareil aspirateur Potain, en visant à peu près le méat auditif du côté gauche. A 4 centimètres de profondeur, la résistance faisait défaut. Le trocart fut retiré; par l'aspirateur s'écoula environ un verre à liqueur de liquide clair. La canule était donc bien dans la cavité ventriculaire. Pour éviter la décompression brusque par évacuation trop rapide du liquide, l'aspiration fut interrompue et le tube de caoutchouc retiré. Un drain fut introduit le long de la canule, à l'aide d'une pince à forcipressure qui fut retirée en deux pièces après qu'on eût désarticulé les branches. La canule du trocart fut enlevée, l'issue de liquide par le tube à drainage ayant fourni la preuve que le tube plongeait dans la cavité ventriculaire. Les quadrants de la dure-mère furent ensuite rabattus sur la surface cérébrale et la peau suturée autour du drain, avec du crin de Florence; le drain fut coupé au ras de la peau. Pansement iodoformé.

L'opération a duré en tout quarante minutes. Le soir, l'enfant n'avait pas de fièvre. Le pansement dut être changé le lendemain, traversé qu'il avait été par un liquide rosé qui suintait à l'extérieur. Le septième jour révolu, on enleva les points de suture, en laissant seulement celui qui retenait le drain. Il n'y avait pas trace de rougeur ni de suppuration. La réunion immédiate était parfaite.

(*A suivre.*) E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE, COMPRENANT LA PATHOGÉNIE ET LA PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE, par H. HALLOPEAU. — 3e édition. (J.-B. Baillière, édit., Paris, 1890.)

Le livre de M. Hallopeau est déjà une vieille connaissance pour tous ceux qui travaillent : la rare conscience avec laquelle y sont présentées, sous une forme abrégée, les théories pathologiques régnantes, la bibliographie soigneusement mise au courant, en font un instrument obligé pour qui veut écrire sur un point quelconque des sciences médicales.

Il y a peu d'années que la première édition a paru, et la nécessité de cette troisième tient évidemment à deux causes : la première est l'intérêt même de l'ouvrage qui en a fait vendre un nombre considérable d'exemplaires ; la seconde est l'évolution de la science actuelle, qui rend incomplet et insuffisant tout traité d'ensemble dans l'espace d'un an.

Le temps n'est plus où un traité de pathologie générale n'était que l'exposé dogmatique de doctrines, plus ou moins compréhensives, interprétant les processus morbides et procédant par affirmations synthétiques dont l'influence se faisait sentir sur des générations successives de médecins. Maintenant que les procédés d'exploration sont mis à la portée de tous, que l'histologie, la bactériologie, puis la chimie biologique sont venues tour à tour tenter d'interpréter chacun des phénomènes morbides, on demande des faits précis ; or, les faits se succèdent avec une rapidité vertigineuse, ceux d'aujourd'hui controuvant tout ou partie de ceux d'hier, et à peine une théorie pathogénique a-t-elle eu le temps de s'étayer sur une série d'observations, qu'une nouvelle série vient en saper la base.

A peine a-t-on réussi à isoler un certain nombre de microbes, et à bien déterminer les conditions biologiques de très peu d'entre eux, que, loin d'avoir à généraliser par similitude ces conditions aux espèces microbiennes moins bien connues, on est contraint de reconnaître que la morphologie des micro-organismes n'est rien, et que, dans la plupart des cas, ces êtres inférieurs n'agissent sur les tissus que par les toxines qu'ils sécrètent : voilà dès lors la chimie biologique qui reprend le dessus, et les observations précédentes, encore que toutes récentes, n'ont plus qu'un intérêt historique.

Le domaine immense, et sans cesse augmenté, des maladies infectieuses, se trouve ainsi remanié chaque jour, et l'on peut hésiter à proposer une classification raisonnée des faits qui remplissent les publications périodiques : nous traversons une période analytique où les documents s'accumulent, attendant une synthèse dont le moment n'est pas encore venu.

Dans de semblables conditions, une pathologie générale, dans le vrai sens du mot, ou plutôt dans son sens philosophique, est presque impossible à faire ; en tous cas, elle vieillit vite et demande être à perpétuellement renouvelée.

Nous n'en voulons pour preuve que les nombreux change-

ments effectués par M. Hallopeau dans sa nouvelle édition ; on y trouvera notamment des remaniements importants dans la partie bactériologique : c'est là, en effet, que le travail de fermentation scientifique se fait surtout sentir actuellement. Il nous est impossible de mentionner tous les points saillants d'un pareil ouvrage, qui, par sa nature même, échappe à l'analyse, et dont le plan est déjà connu de nos lecteurs.

Nous attirerons cependant l'attention sur le très intéressant chapitre des protozoaires, où se trouvent étudiés avec soin les psorospermies démontrées par Malassez et Darier, comme agents de prolifération épithéliale et dont le rôle dans l'épithélioma reste encore discuté ; et les hématozoaires de l'impaludisme, découverts par Laveran en 1881, et acceptés aujourd'hui par ceux mêmes qui en avaient alors nié l'existence.

Les documents accumulés dans le traité de M. Hallopeau représentent une somme énorme de recherches consciencieuses, d'autant plus qu'ils ne sont admis qu'après examen préalable de leur valeur : cela fait de ce livre un instrument de travail inappréciable pour tous ceux qui veulent juger rapidement où en est une question, et quelles sont les sources principales où il faut remonter pour en voir l'évolution détaillée. C'est dire qu'il s'adresse aussi bien aux médecins qui, déjà instruits, ont besoin d'avoir sous la main un memento réellement scientifique, qu'aux étudiants non encore familiarisés avec les conceptions pathogéniques actuelles et l'évolution des grands processus morbides.

Ray. Durand-Fardel.

REVUE DES THÈSES

PATHOLOGIE MENTALE

Contribution a l'étude de la descendance des alcooliques, par le Dr L. Grenier (Thèse de Paris).

Se basant sur 188 observations dans lesquelles l'alcoolisme est noté chez les ascendants, l'auteur est arrivé à certaines conclusions intéressantes parmi lesquelles je citerai, comme particulièrement dignes d'attention, les suivantes :

L'influence morbide des parents est maxima quand la conception a lieu au moment de l'ivresse de l'un des deux conjoints.

Les héréditaires d'alcooliques présentent une propension manifeste à commettre des excès de boissons. Ils deviennent eux-mêmes alcooliques dans une notable proportion, la moitié des cas environ, d'après notre statistique.

La majeure partie des fils d'alcooliques ont des convulsions dans la première enfance. L'épilepsie est la névrose que l'on pourrait considérer presque comme caractéristique de l'alcoolisme des parents, quand elle n'est pas la reproduction de la même névrose chez ces derniers, ou quand elle n'est pas l'indice d'une disposition névropathique de toute une famille.

De par leur état mental, les descendants d'alcooliques sont destinés à délirer plus facilement que les autres ; de ce fait ils fournissent un énorme contingent à la folie. Toutes les formes de délire peuvent être observées.

Le délire alcoolique est plus fréquent chez les descendants des alcooliques que chez leurs parents, nouvelle preuve de leur déchéance intellectuelle.

Recherches cliniques sur la paralysie générale chez l'homme, par le Dr Léon F. Arnaud, (Thèse de Paris.)

Cette thèse, très intéressante et très clairement exposée, se résume exactement dans les conclusions suivantes :

De l'examen de nos 202 cas de paralysie, et de leur comparaison avec les données fournies par les auteurs, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Le nombre des cas de paralysie générale chez l'homme augmente progressivement.

2° Cette augmentation est très sensible pour la période 25 à 30 ans, où jadis la maladie était *fort rare*, et qui nous a donné la proportion de 8, 9 0/0 ; — de là, un abaissement de l'âge moyen de son apparition.

3° La paralysie générale se rencontre fréquemment, chez l'homme, dans un milieu (classes ouvrières) généralement considéré comme moins atteint ; — sa prédilection pour les classes élevées, surtout pour les professions libérales intellectuelles, a été fort exagérée.

Nous donnons ces résultats comme seulement applicables à la région du département de la Seine.

4° Au point de vue étiologique, et dans les cas étudiés par nous, la paralysie générale ne relève pas plus particulièrement du surmenage intellectuel que du surmenage cérébral direct (chagrins, ambitions, etc) ; elle semble résulter chez des sujets presque toujours héréditairement prédisposés, soit d'un surmenage général déterminé par des fatigues très diverses et souvent multiples ; excès de travail ; ordinairement manuel ; excès vénériens, de veilles, de table, etc ; séjour dans une atmosphère surchauffée ; — soit d'un accident : insolation, traumatisme cranien.

Mais il faut bien dire que, trop souvent, toutes causes appréciables ont fait défaut.

5° L'influence héréditaire que nous avons le plus souvent relevée, est l'hérédité des tendances congestives (53 sur 100). L'hérédité vésanique est noté 18 fois sur 60. L'hérédité alcoolique occupe la dernière place ; encore convient-il de rappeler les réserves que nous avons faites à son sujet.

6° Dans la paralysie générale précoce, les conditions étiologiques semblent plus faciles à déterminer que dans la paralysie générale de l'âge moyen. L'hérédité, surtout congestive, y joue le principal rôle. La forme la plus commune est la démence paralytique primitive.

Recherches cliniques sur l'alcoolisme chronique tendant a la démence, par le Dr Gabriel Bassin. (Thèse de Paris.)

1° L'alcoolisme chronique peut à lui seul conduire à un état de démence.

2° Cette démence ne se produit qu'après des abus répétés.

3° Son évolution est accélérée par la coexistence de toute autre intoxication ou de toute affection ayant une influence nuisible sur le système nerveux central, ou par une prédisposition héréditaire.

4° Elle se produit plus sûrement avec des doses peu élevées, mais quotidiennes, qu'à la suite d'excès considérables mais irrégulires.

5° Cette démence a ses caractères propres qui permettent de la distinguer jusqu'à sa dernière période de celles qui sont dues à d'autres causes.

6° Elle est essentiellement chronique et incurable.

7° La responsabilité des alcooliques chroniques qui tendent à la démence est limitée et proportionnelle au début, mais elle devient nulle lorsque la démence est confirmée.

BULLETIN

VALEUR EXPÉRIMENTALE DE CERTAINS FAITS CLINIQUES. — DE LA TRACHÉE COMME VOIE D'ABSORPTION EN THÉRAPEUTIQUE. — DE LA MÉDICATION ÉTHÉRÉE-OPIACÉE DANS LE TRAITEMENT DE LA VARIOLE. — DE L'ABLATION DES ANNEXES CHEZ LES FEMMES NERVEUSES.

Il est des faits cliniques, d'origine traumatique ou morbide, qui comportent, au point de vue du siége de la lésion et des phénomènes qui en sont la conséquence, c'est-à-dire au point de vue de la physiologie pathologique, toute la précision de l'expérience de laboratoire la mieux conduite. C'est par une étude attentive et une analyse exacte de ces faits que M. Charcot et ses élèves et à leur suite, les neuropatbologistes modernes, en établissant sur des bases solides le système des localisations, ont donné une si vive impulsion et un si brillant essor à la pathologie du système nerveux.

La pièce anatomique présentée par M. Le Dentu à l'*Académie de médecine*, dans la dernière séance, concerne un fait de ce genre. Un homme se tire un coup de revolver dans la région temporale droite. D'après les symptômes qu'il présente, le chirurgien indique, comme point où le projectile s'est arrêté, le lobe frontal gauche, au voisinage du centre du langage articulé, des mouvements de la face et du membre supérieur. Le blessé succombe à une congestion pulmonaire intercurrente, et l'autopsie démontre l'exactitude du diagnostic relatif au siége de la balle Qu'il s'agisse d'une balle, d'une tumeur, d'un foyer d'hémorrhagie ou de ramollissement, ne trouve-t-on pas, dans un pareil fait, l'équivalent d'une expérience de laboratoire ?

Ceci n'a pas un intérêt purement scientifique. Dans le cas dont il s'agit, le chirurgien pouvait se demander et s'est demandés, en effet, il n'y avait pas lieu d'intervenir. Il n'a pas jugé opportun de faire la trépanation, tout en prévoyant des circonstances qui, dans la suite, pourraient l'obliger à la pratiquer. Mais, en pareille occurence, de quel côté eût-il opéré ? Du côté de la blessure ou du côté opposé ? De celui ci. Cet exemple, joint à tant d'autres, montre que la thérapeutique ne bénéficie pas moins que la physiologie pathologique, des notions acquises par l'observation clinique sur les localisations cérébrales.

—L'appareil respiratoire constitue une voie puissante d'absorption. Si cette voie, à part les inhalations de gaz et de vapeurs, est rarement utilisée en thérapeutique, cela tient sans doute à ce que l'administration des médicaments par les autres voies est plus commode et plus facilement acceptée par les malades. Il peut se présenter des circonstances cependant où il y aurait avantage à la choisir : le nouveau traitement de la tuberculose par les injections du sérum de sang de chien semble appelé à en fournir un exemple. La dose de sérum injectée à un malade est un élément important de succès ; or, par la méthode sous-cutanée, cette dose est nécessairement limitée. Pour remédier à cet inconvénient, tout en assurant une absorption rapide du sérum, MM. Saint-Hilaire et Conpard ont d'abord essayé, chez des animaux, de faire absorber le sérum par la trachée. Des lapins ont supporté, sans gêne respiratoire, et sans quintes de toux, des injections de 4 c.c. de sérum faites dans la trachée en deux minutes. Forts de ce résultat, les deux expérimentateurs ont renouvelé l'essai sur l'homme, et cela sans le moindre inconvénient. Ils feront connaître ultérieurement les effets thérapeutiques de ces injections intra-trachéales.

— La prophylaxie de la variole, qui est en ce moment l'objet de l'attention générale, ne doit pas faire oublier la thérapeutique de cette maladie car, malgré tons les efforts des hygiénistes, fussent-ils, au gré de leurs désirs, encouragés et soutenus par les pouvoirs publics, elle n'est pas encore près de disparaître. En 1881 M. du Castel a proposé, comme traitement de la variole, l'association méthodique de l'opium et de l'éther. Les bons effets qu'il a obtenus de cette médication ont été confirmés par nombre d'observateurs et, comme elle est exempte d'inconvénients, il importe qu'elle soit connue de la plupart des praticiens et puisse ainsi se généraliser. Dans une communication faite à la *Société de médecine et de chirurgie pratiques de Montpellier*, M. le Dr Mossé rapporte un cas de variole grave dans lequel il n'a eu qu'à s'applaudir de l'emploi de cette méthode, qu'il préconise avec une grande conviction et qui jouit, d'ailleurs, d'un véritable crédit auprès de ses confrères de l'Hérault. Nous reproduisons volontiers les principales conclusions de son travail, confirmatives des recherches de M. du Castel.

« 1° La médication éthérée-opiacée est capable d'exercer une influence favorable sur la variole et d'atténuer ou de faire avorter l'éruption variolique. Son action favorable paraît surtout se manifester à l'égard de la transformation purulente des vésicules, qu'elle enraye ou fait avorter.

« 2° La médication éthérée-opiacée se montre d'ordinaire impuissante, tout comme les autres médications, dans les varioles hémorrhagiques. L'association de l'éther, de l'opium, de l'alcool et du perchlorure paraît cependant *à priori* rationnellement indiquée dans ces cas comme traitement symptomatique.

« 3° L'association de l'éther et de l'opium est la condition fondamentale de cette médication ; ces deux agents peuvent être donnés d'emblée à des doses assez élevées (sans causer d'accidents (10 à 15 centigr. d'extrait thébaïque ; 8, 10, 12 gr., d'éther ou 8, 10, 12 cuillerées de sirop d'éther dans les 24 heures). Il est nécessaire de les donner à dose suffisante pour obtenir l'effet thérapeutique cherché. Il est indiqué d'analyser les urines, afin de se renseigner sur l'état du rein.

« 4° La voie hypodermique, sauf dans certaines conditions spéciales, peut être abandonnée comme voie d'introduction de l'éther. L'éther, même aux doses indiquées plus haut, est très bien supporté par l'estomac. Toutefois, les malades accusent, même quand ils ont encore de la fièvre, une sensation de faim, qui n'est peut-être qu'une excitation spéciale de la muqueuse de l'estomac. Nous l'avons trouvée chez plusieurs malades.

« 5° Le perchlorure de fer (XX à XXV gouttes dans la journée) a été conseillé par M. du Castel comme adjuvant de la médication éthérée-opiacée. Il peut être avantageusement remplacée (sauf dans les cas de variole noire ou variole grave avec tendance hémorrhagique) par les préparations de quinquina, qui sont toniques, astringentes et susceptibles, surtout dans nos climats, d'avoir une action sur l'élément fébrile. »

— L'ablation des annexes de l'utérus pour combattre les phénomènes douloureux persistants chez les femmes nerveuses perd de plus en plus du terrain dans l'esprit et la pratique des gynécologues. Nous observons chaque année, et nous en avons rapporté des exemples dans une communication au *Congrès international d'hydrologie et de climatologie de Paris* (1), des cas dans lesquels la castration a laissé persister

(1) Dr. F. de Ranse. De la médecine thermale et de la chirurgie dans le traitement des névralgies utéro-ovariennes graves.

les douleurs à peu près au même degré qu'avant l'opération, que les ovaires enlevés aient été d'ailleurs trouvés sains ou plus ou moins altérés. Nous avons conclu de notre observation personnelle que « l'intervention chirurgicale, pour être justifiée, doit avoir pour base, non l'intensité ou la ténacité de la douleur, qui peut céder à une autre médication comme elle peut résister à l'opération elle-même, mais la nature et la gravité de la lésion constatée ».

Dans son excellent *Traité de Gynécologie*, M. Pozzi dit, de son côté : « Il ne suffit pas que l'ovaire soit très douloureux, pour qu'on soit *certain* qu'il est le point de départ de la maladie : on connaît l'*ovarie* des hystériques ; de plus, il peut exister chez toutes les femmes des douleurs névralgiques ayant une origine centrale, avec irradiations centrifuges. Souvent des dents saines sont d'une sensibilité extrême dans la névralgie du trijumeau ; il ne viendra à l'idée de personne de les extraire. On a objecté à cette juste remarque d'Olshausen que, la castration étant très bénigne dans les cas où l'ovaire n'est pas malade, et la douleur étant atroce, beaucoup de malades consentiront à une opération qui peut leur offrir des chances même incertaines de guérison. Elle aurait du moins l'effet d'abolir l'exaspération constante qui se produit au moment de la menstruation. »

Plus loin M. Pozzi conclut ainsi : « La grande préoccupation de l'opérateur ne doit pas tant être de savoir si l'ovaire qu'il va enlever présente une lésion *anatomique* que de s'assurer qu'il est le point de départ *physiologique* des accidents ; l'examen des signes rationnels prime ici l'examen physique. Mais il faut avouer qu'il est extrêmement difficile de se prononcer, et, à moins d'une conviction bien arrêtée, un chirurgien consciencieux reculera toujours devant une opération qui, lorsqu'elle est inutile, constitue une véritable mutilation, bien plus grave, au point de vue social, que l'amputation d'un membre. »

A l'étranger l'utilité et l'opportunité de l'opération de Bottey ne sont pas autrement appréciées. Déjà, au *Congrès de Copenhague*, elle avait eu contre elle la grande majorité des suffrages. Tout récemment, à la *Société obstétricale de Londres*, des gynécologues éminents, comme Playfair et Spencer Wells, l'ont à leur tour condamnée. Les conclusions du premier sont très nettes. L'opération est contre-indiquée, si les annexes ne présentent aucune altération ; elle ne produit aucun résultat favorable dans l'hystérie, l'hystéro-épilepsie, l'hystéromanie. Mais, alors même que les annexes sont malades, il faut, chez les femmes nerveuses, commencer par traiter la névrose. Si on parvient à la guérir, ou même à l'atténuer, on pourra peut-être éviter l'opération sur les annexes.

M. Priestley, à l'appui de l'opinion de ses collègues, qu'il partage complètement, fait remarquer, non sans raison, qu'il n'est pas plus logique de castrer une femme pour une névralgie de l'ovaire, qu'un homme pour une névralgie du testicule. Or, dans ce dernier cas, la castration a-t-elle été jamais pratiquée ou même proposée ?

Est-ce à dire que l'opération de Bottey doive désormais être toujours et absolument proscrite ? Ce serait peut-être aller un peu loin. Nous connaissons deux cas où elle nous a paru justifiée et même, dans le dernier de ces cas, nous n'avons pas refusé à la malade l'assentiment qu'elle nous a demandé. Mais ces cas sont très rares, tout à fait exceptionnels et, d'une manière générale, il est permis de dire que l'opération de Bottey doit disparaître de la chirurgie courante.

Dr F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Séance du 2 février.

M. Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, fait connaître au Comité qu'il n'a été signalé à l'administration aucun cas d'épidémie à l'intérieur, ce qui ne veut pas dire, ajoute M. Monod, qu'il n'y en a pas eu.

M. Proust rend ensuite compte de la situation sanitaire à l'extérieur. Le choléra a beaucoup diminué en Syrie et paraît toucher à sa fin. Il n'y a pas eu de nouveaux cas signalés pendant les semaines qui viennent de s'écouler dans les vilayets d'Alep, d'Adana et de Damas. On a enregistré deux décès cholériques dans celui de Diarbékir et cinq dans celui de Beyrouth.

Le total de la mortalité officielle s'élevait, à la date du 25 janvier, au chiffre de 4.170 décès dont 2.361 pour le vilayet d'Alep, 1,189 pour celui de Damas, 421 pour celui de Beyrouth, 97 pour celui d'Adana, 85 pour celui de Memouret-ul-Aziz, et 15 pour celui de Diarbékir.

Il ne semble pas que la légère reprise du choléra à Tripoli ait de graves conséquences, à moins que les chaleurs précoces de la localité n'y viennent rallumer l'épidémie.

Prophylaxie de la scarlatine. — Le Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, dans sa séance du 23 janvier dernier, a étendu à la scarlatine les mesures prophylactiques adoptées précédemment pour la variole, la fièvre typhoïde et la diphtérie.

Association générale des médecins de France. — Société centrale. — La Société centrale a tenu, le 1er février 1891, sa séance annuelle dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique. M. Bucquoy a été nommé président en remplacement du professeur Lannelongue, dont le mandat est expiré.

M. G. Piogey, à qui incombait la tâche, en qualité de secrétaire, de rendre compte de la situation de la Société, a rappelé les pertes cruelles qu'a faites l'Association pendant l'année 1890. Leur nombre a été plus considérable que les années précédentes par suite du surcroît de fatigues qu'a imposé au corps médical l'épidémie d'influenza ; le nombre des adhésions a été de 31.

Le Dr Machelard lit un rapport au nom de la Commission chargée d'étudier la question de l'Assurance mutuelle en cas de maladie. Une enquête a été faite sous forme de questionnaire adressé aux membres de la Société ; elle n'a donné lieu qu'à 122 réponses pour 822 sociétaires ; 45 étaient favorables au principe de l'assurance, mais la plupart présentaient tant d'objections au point de vue de la mise en pratique de ce projet, des dangers qu'il pourrait y avoir à fusionner l'Association générale, qui est une œuvre de bienfaisance confraternelle, avec l'Assurance contre la maladie, qui est une œuvre de prévoyance, qu'on ne saurait les considérer comme des adhésions formelles. Les 62 autres réponses manifestaient la crainte que la nouvelle Société n'entravât la marche si prospère de l'Association générale, qu'elle nécessitât un règlement difficilement applicable dans des régions où n'existent pas de grands centres médicaux. La Commission se range à cette manière de voir : elle accorde toute sa sympathie à l'œuvre nouvelle qu'on veut créer, mais croit que ses intérêts devront toujours être distincts de ceux de l'Association.

M. Gallet-Lagoguey, le promoteur et le président de l'Association médicale mutuelle du département de la Seine, fait remarquer que le but de cette dernière n'est pas de s'incorporer à l'Association générale, ni de fusionner avec elle, mais

d'obtenir son concours moral. Les deux institutions ne s'excluent nullement et se recrutent le plus souvent parmi les mêmes adhérents.

M. Brun lit son rapport sur la situation financière de la Société pendant l'année 1890. L'avoir se monte, au 1er janvier, à la somme de 61.602 fr. 15. Il a été alloué 2.000 francs à la Caisse des pensions viagères, distribué 7.855 francs à 60 personnes dont 7 sociétaires, 18 veuves de sociétaires, 11 médecins non sociétaires, 17 veuves de médecins non sociétaires. 3 pensions nouvelles de 600 francs sont demandées à la Caisse des pensions de retraite, ce qui, avec les 4 pensions déjà existantes, constitue 7 pensions.

On procède ensuite aux élections ; sont nommés : vice-président : M. Horteloup ; secrétaire : M. Gérard Piogey ; vice-secrétaire : M. Emile Piogey ; trésorier : M. Brun ; membres de la Commission administrative : MM. de Beauvais, du Castel, Clermont, Costilhes, Denouh, Faure-Miller, Foucart, Laugier, Leroux (Charles), Pfeifer et Thibierge (Georges).

La contagion de la dipthérie et le transport des diphthériques. On ne saurait trop insister sur le danger que fait courir à la population des villes le transport des diphtériques dans des voitures publiques. Depuis que, par les travaux de M. Klebs et M. Lœffler, puis de MM. Roux et Yersin, l'on sait combien le microbe de la diphtérie est adhérent aux objets et aux poussières susceptibles de flotter dans l'air, et combien sa vitalité est persistante, à l'état sec, par les températures moyennes, on ne peut mettre en doute que ce transport des malades ne soit une des causes les plus actives de l'expansion toujours croissante de la redoutable maladie.

Dans un rapport important sur la prophylaxie de la diphthérie, lu récemment par M. Grancher au Comité consultatif d'hygiène publique de France, l'auteur a produit les chiffres suivants, résultant d'une enquête de M. Peyron : pour les trois premiers trimestres de 1890, et pour le seul hôpital Trousseau, 797 enfants ont été conduits à l'hôpital, dont : 375 en fiacre, 67 en omnibus, 13 en voitures particulières, 195 à pied et 143 seulement dans les voitures d'ambulance. « Qu'on réfléchisse, a dit M. Grancher, à ce qu'on sait de la virulence du bacille diphtérique qui, desséché, se conserve actif pendant des mois et des années, et l'on comprendra quel péril fait courir à la population de Paris ce transport des diphtériques en fiacre et en omnibus ! »

On connaît d'ailleurs l'histoire rapportée par M. Parrot, de ces enfants et de leur mère prenant la diphtérie dans un fiacre qui venait de conduire un petit diphtérique à l'hôpital ; et on se rappelle ce détail lugubre du cocher qui, impressionné encore par l'apparence du petit malade qu'il venait de transporter, ne put s'empêcher, par comparaison, de féliciter ses nouveaux voyageurs sur leur bonne mine. Tout récemment encore M. Colin, à propos d'une petite épidémie de diphtérie qui avait éclaté dans la garnison de Paris, remarquait que la maladie avait frappé exclusivement les sous-officiers qui, venant chaque matin à la place, prenaient l'omnibus qui dessert le Gros-Caillou d'une part, Vincennes d'autre part, voitures qui sont précisément celles qui transportent si souvent les diphtériques rue de Sèvres ou rue Saint-Antoine.

Il y aurait, ce nous semble, un moyen bien simple de mettre un terme à ces abus, au moins pour les transports en fiacre : ce serait de poster à l'entrée de chaque hôpital un agent chargé de faire conduire en fourrière, pour y être désinfectée, toute voiture publique ayant amené un malade. De cette façon, les cochers de fiacre, pour ne pas perdre leur journée, ne tarderaient pas à refuser de *charger* à destination des hôpitaux, et les malades devraient alors s'adresser au service des voitures d'ambulance qu'on a créées à leur intention, et dont le public ne veut pas se servir.

(*Revue scientifique*).

Résultat de la muselière à Londres par rapport aux cas de rage. — Pendant les deux dernières années, les chiens ont été rigoureusement soumis au régime de la muselière sur toute l'étendue de la métropole, dans les comtés voisines et presque partout en Angleterre.

A Londres, avant l'application de ce régime, le nombre des cas de rage parvenus à la connaissance des autorités s'élevait à une moyenne annuelle de 400. En 1889, les chiens n'ont pu sortir que muselés, le nombre des cas de rage est descendu à 120.

En 1890, la muselière étant restée obligatoire, les cas de rage sont allés en diminuant, suivant les chiffres que voici :

Premier trimestre....	15 cas
Deuxième trimestre..	13
Troisième trimestre..	8
Quatrième trimestre..	0

En deux ans, on a donc supprimé la rage parmi les chiens sur toute l'étendue de Londres.

NOUVELLES

Facultés et Ecoles des départements.

Faculté de médecine de Lille. — M. Combemale, agrégé et chef du laboratoire des cliniques, est chargé, en outre, pendant le 2e semestre de la présente année scolaire, d'un cours de thérapeutique.

Ecole de médecine d'Angers. — Deux concours s'ouvriront, le 5 novembre 1891, devant la Faculté de médecine de Paris : 1° pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales ; 2° pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine d'Angers.

Un concours s'ouvrira, le 5 novembre 1891, devant l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de médecine d'Angers.

Ecole de médecine de Marseille. — M. Bétis est nommé préparateur des chaires d'histoire naturelle, de physique et de matière médicale.

Concours pour l'emploi de médecin en chef des hospices civils de Bourges. — Le 13 avril 1891, à 9 heures du matin, il sera ouvert, à la Faculté de médecine de Paris, un concours public pour l'emploi de médecin en chef des hospices de Bourges.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. *Fêtes du carnaval.* — A l'occasion des fêtes du carnaval, les billets d'aller et retour à prix réduits délivrés en vertu du tarif spécial (G. V.) n° 4, du 7 au 9 février 1891 inclusivement, seront tous indistinctement valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 11 février.

Cette période exceptionnelle de validité pourra, de plus, être prolongée à deux reprises et de moitié (les fractions de jour comptant pour un jour), moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 0/0 du prix des billets.

Bien entendu, les billets d'aller et retour conserveront la durée de validité qui leur est attribuée par le tarif spécial (G. V.) n° 4, lorsqu'elle sera supérieure à celle fixée ci-dessus.

Chemin de fer d'Orléans (Janvier-avril 1891). — *Voyage dans les Pyrénées.* — La Compagnie d'Orléans délivre toute l'année des billets d'excursion comprenant quatre itinéraires différents permettant de visiter le Centre de la France, les stations hivernales des Pyrénées et du golfe de Gascogne.

Les prix des billets sont les suivants :

1er itinéraire : 1re cl. 225 fr. ; 2e cl. 170 fr. — Durée de la validité : 45 jours.

2e, 3e et 4e itinéraires : 1re cl. 180 fr. ; 2e cl. 135 fr. — Durée de validité : 30 jours.

La durée de ces différents billets peut être prolongée d'une, deux ou trois périodes de 10 jours, moyennant paiement, pour chaque période, d'un supplément de 10 0/0 du prix du billet.

Enfin, il est délivré de toute gare des Compagnies d'Orléans et du Midi, des billets Aller et Retour de 1re et 2e classe réduits de 25 0/0 pour aller rejoindre les itinéraires ci-dessus, ainsi que de tout point de ces itinéraires pour s'en écarter.

Chemins de fer d'Orléans (janvier-avril 1891). — *Excursions aux stations d'hiver des Pyrénées, Arcachon, Pau, Biarritz*, tarif spécial A n° 11 (Orléans). — Des billets d'Aller et Retour, avec réduction de 25 0/0 sur les prix calculés au tarif général d'après l'itinéraire effectivement suivi, sont délivrés toute l'année, à toutes les stations du réseau de la Compagnie d'Orléans, pour :

Arcachon, Biarritz, Dax, Guéthary, Pau, Saint-Jean-de-Luz et Salies-de-Béarn.

Durée de validité : 10 jours, non compris les jours de départ et d'arrivée.

Tout billet d'aller et retour délivré au départ d'une gare située à 500 kilomètres au moins de la station hivernale, donne droit, pour le porteur, à un arrêt en route à l'aller comme au retour. Toutefois, la durée de validité du billet ne sera pas augmentée du fait de ces arrêts.

La période de validité des billets d'aller et retour peut, sur la demande du voyageur, être prolongée deux fois de 5 jours moyennant le paiement aux Administrations, pour chaque fraction indivisible de 5 jours, d'un supplément de 10 0/0 du prix total du billet aller et retour.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

A. Manceaux, libraire-éditeur, 12, rue des Trois-Têtes à Bruxelles.

Maladies des organes génitaux de la femme, par le professeur Carl Schrœder (de Berlin). — Ouvrage traduit de l'allemand sur la septième édition par E. Lauwers, précédé d'une préface par M. le professeur Eug. Hubert. — Deuxième édition française. Un vol. grand in 8° broché de 570 pages avec 182 figures dans le texte. Prix, 18 fr.

Pathologie et traitement des myômes de l'utérus, par le Dr Émile Lauwers. Une brochure de 48 pages avec 15 figures dans le texte. Prix, 2 fr. 50.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

Décès notifiés du 25 au 31 janvier 1891

Fièvre typhoïde, 16. — Variole, 2. — Rougeole, 15. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 7. — Diphtérie, croup, 37. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 196 - Autres tuberculoses, 33. - Tumeurs cancéreuses et autres, 47. — Méningite, 32. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 74. — Paralysie, 11. — Ramollissement cérébral, 11. — Maladies organiques du cœur, 59. — Bronchite aiguë et chronique, 86. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 143. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 33. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2 — Autres affections puerpérales, 5. — Débilité congénitale, 24. — Sénilité, 35. — Suicides et autres morts violentes, 22. — Autres causes de mort, 200. — Causes inconnues, 9. Total 1103.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 58, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

REVUE GÉNÉRALE

DU SANG DANS LA DÉFENSE DE L'ORGANISME CONTRE LES INFECTIONS,

par H. Barbier.

Suite et fin (1).

M. le professeur Lépine propose, au lieu du sang de chien, d'avoir recours au sang de chèvre, parce que le sérum du sang de chèvre peut être obtenu en une demi-heure par l'action centrifuge à basse température, et que, pendant ce court espace de temps, les matières albuminoïdes n'ont pu s'altérer.

De plus, M. Lépine et M. Michon se sont assuré que le sang du chèvre conserve beaucoup mieux les globules de sang humain que le sang de chien.

Si, en effet, dans 1 centimètre cube de sang de chien on agite 2 millimètres cubes de sang humain, au bout d'une heure, on peut constater une destruction d'un très grand nombre de globules de sang humain. Cette destruction est beaucoup moins prononcée quand on refait la même expérience avec du sang de chèvre.

Ce dernier présente donc à ce point de vue de sérieux avantages.

M. Lépine s'est servi, pour ses premières essais, d'une aiguille de Pravaz très fine, « à laquelle est adapté un petit tube de caoutchouc d'environ 1 mètre de longueur, aboutissant à un récipient de verre placé à 50 centimètres environ au-dessus de l'abdomen. De cette manière, l'introduction du sérum est très lente et la boule sous-cutanée peu prononcée. Peut-être conviendra-t-il de rendre encore plus lente l'arrivée du liquide (2) ».

La dose de sérum employé n'a pas dépassé 80 centimètres cubes, introduits par deux piqûres sous la peau de l'abdomen.

Nous ne connaissons pas encore les résultats que M. le professeur Lépine a obtenus, mais M. Ch. Richet vient de faire à la Société de Biologie (1) une communication où il rapporte quatre observations, une due à M. Héricourt, les autres dues à MM. P. Langlois et Saint-Hilaire.

Le malade de M. Langlois a reçu vingt injections de 1 centimètre cube seulement, faite tous les trois jours, à dose chaque fois de 1 centimètre cube, quelquefois de 1 centimètre cube 1/2, une seule fois de 2 centimètres cubes.

Les injections ont été en général indolores, sauf pour quelques-unes qui ont été suivies d'une sensation douloureuse pendant vingt-quatre heures, et de démangeaisons qui se montrent surtout dix-huit ou vingt heures après l'injection.

Comme résultat, au bout de trois semaines environ, augmentation de poids, les forces et l'appétit sont revenus, les signes locaux et généraux se sont amendés.

L'observation due à M. Héricourt est moins concluante. Cependant, après vingt piqûres, l'état général est meilleur, mais les signes pulmonaires, quoique atténués, persistent; les crachats, qui renferment toujours des bacilles, sont cependant moins abondants.

Les injections de sérum de chien (2) (hémocyne) ont été faites par 2 et par 4 centimètres cubes sous la peau de la région lombaire gauche. Quelques-unes de ces injections ont été très douloureuses et se sont fait sentir pendant trois jours. Il n'y a eu ni rougeur, ni gonflement au niveau des piqûres. Ajoutons, pour être complet, que ce malade prend de l'huile de foie de morue et qu'il mange le plus qu'il peut.

Les mêmes phénomènes d'amélioration, soit du côté de l'état général, soit du côté des organes tuberculisés, ont été observés dans les deux cas de M. Saint-Hilaire. Son premier malade a reçu, tous les trois jours, à sept reprises différentes, deux fois 1 centimètre cube de sérum de chien, quatre fois 2 centimètres cubes et une fois 3 centimètres cubes.

Les injections ont été bien supportées et n'ont amené ni douleur, ni rougeur, ni troubles consécutifs.

Les phénomènes d'auscultation et de percussion n'ont pas varié, mais l'état général s'est relevé et les forces sont revenues. La seule amélioration de l'état local a été observée au niveau du larynx et de l'épiglotte : atténuation de la rougeur et du gonflement, disparition ou diminution d'ulcérations en voie d'accroissement.

Enfin le second malade de M. Saint-Hilaire a reçu à des intervalles inégaux de 2 à 4 jours, 8 injections, dans la région lombaire, les 3 premières de 1 cc. les 5 autres de 2 cc., toutes ces injections ont été bien supportées. L'amélioration a surtout porté sur les symptômes laryngo-épiglottiques : épiglotte diminuée de volume, de mobilité plus grande, les ulcérations superficielles, qui y existaient, ont disparu. Les forces du

(1) Voir les nos 3, 4, 5 et 6.
(2) Lépine. *Loc. cit.*

(1) *C. R. de la Soc. de Biologie*, janvier 1891. Voyez le compte rendu *in extenso* de ces observations dans la *Gazette médicale de Paris*, nos 6 et suivant.
(2) M. Richet, dans sa communication, propose d'employer le mot *hémocyne*.

malade ont augmenté et il semble y avoir une expectoration moins épaisse.

En résumé, si on compare entre elles ces quatre observations on peut en tirer ces premières conclusions relatives à l'action thérapeutique du sérum de sang de chien :

Etat stationnaire des lésions pulmonaires sans atténuation sensible.

Amélioration des symptômes et des lésions de la tuberculose laryngo-épiglottique, mais surtout action manifeste sur les forces du malade et sur sa nutrition générale, se trahissant par une sorte de reprise de vie et par une augmentation de l'appétit et du poids du corps.

Sans doute on ne peut encore rien conclure de faits aussi peu nombreux. Néanmoins la voie est ouverte; ce qu'on peut dire dès maintenant, c'est que la méthode n'est pas dangereuse pour le malade, que les piqûres sont bien tolérées, à part quelques manifestations douloureuses mais qui sont facilement supportées. Il y a loin de là aux accidents d'intoxication causés par la lymphe de Koch, et qui ont été signalés par un si grand nombre d'observateurs.

Ce n'est que par des faits et des faits nombreux qu'on pourra juger la valeur thérapeutique de l'injection d'*hémocyne*, ou de l'emploi, dans le même but, du sang de chèvre, proposé par M. le professeur Lépine. Il faut donc attendre avant de porter un jugement définitif sur un procédé de traitement qui, reposant sur des données expérimentales, commence seulement à faire ses preuves.

Faut-il n'en point entrevoir par avance les inconvénients et les difficultés? Le temps les mettra mieux en lumière que nous ne saurions le faire ici.

Cependant, il ne faut pas se dissimuler, dit M. Lépine, « que l'infusion très fréquente de sérum dans le tissu sous-cutané est assujétissante pour le malade et le médecin ; qu'elle exige beaucoup de temps et de soins minutieux ; que l'obtention du sérum est dispendieuse, car les appareils centrifuges sont chers, et qu'il sera plus difficile en été d'obtenir du sérum tout à fait irréprochable ».

D'ailleurs, on peut entrevoir une technique moins compliquée, on peut espérer un jour pouvoir extraire, du sang de chien ou de chèvre, les principes chimiques vaccinateurs.

On commence à l'heure actuelle à isoler les principes toxiques. M. Richet (1) a étudié à ce point de vue, chez les chiens, les extraits alcooliques de l'estomac, des deux reins, du pancréas, du cerveau, du poumon, des muscles, du sang, et l'action toxique de ces extraits alcooliques, chez le lapin, est nulle. Reste la question de savoir si ces extraits sont pourvus de propriétés microbicides.

Il est certain que plus les substances injectées seront de composition simple, et chimiquement déterminées, plus on aura entre les mains un agent thérapeutique à action immuable et sûre.

Ajoutons que la voie sous-cutanée n'a pas été seule employée pour le sérum de chien; MM. Saint-Hilaire et Coupard ont essayé l'absorption par la voie trachéale, et viennent de montrer que les lapins peuvent supporter l'ingestion trachéale de 4 cc. de sérum sans phénomènes exactement marqués; ils ont répété ces essais chez l'homme : nous n'en connaissons pas encore les résultats au point de vue thérapeutique.

En résumé, ce qui ressort des nouvelles notions acquises sur la physiologie et sur la pathologie du sang, c'est que le sérum d'un animal non réfectaire à une infection peut acquérir des propriétés bactéricides vis-à-vis de cette infection par des moyens divers ; c'est que cet état bactéricide n'est pas dû à une action des éléments figurés du sang, mais qu'il dépend de propriétés particulières acquises par le sérum, séparé de ses corpuscules et de ses cellules vivantes, sous l'influence de la vaccination, celle-ci agissant non comme agent chimique, en empêchant la pullulation des microbes et atténuant leur virulence, mais en déterminant une nutrition particulière des tissus qui le rends défavorables aux agents pathogènes et à leurs produits toxiques.

(1) *Société de Biologie*, 13 décembre 1890. *Journal des Sociétés Scientifiques*, n° 52.

CLINIQUE CHIRURGICALE

SUR LE TRAITEMENT DES TUMEURS MALIGNES INOPÉRABLES (1)

par le professeur von Mosetig-Moorhof, de Vienne.

Il y aura tantôt dix ans passés que je m'occupai d'une question brûlante, celle de savoir si et comment on pouvait venir à bout des tumeurs malignes qui, tout en étant accessibles du dehors, se soustraient néanmoins à une intervention opératoire, à cause de leur grande extension ou pour toute autre motif. Quel médecin n'a pas présent aux yeux de l'intelligence l'effrayant tableau d'un homme affecte d'un néoplasme inopérable, se consumant sous la torture de souffrances sans fin, et se sachant perdu sans espoir. Le chirurgien lui enlève le dernier rayon d'espérance, en lui refusant l'opération considérée comme un moyen de salut. A vrai dire, dans toute la pathologie il se rencontre à peine une seconde affection qui anéantisse les malheureux patients avec une si parfaite lenteur et d'une manière aussi cruelle, aussi horrible; seule la morphine a encore le pouvoir de calmer leurs douleurs physiques, seule une sorte de négation de la vie peut préparer une fin rapide à leur désolation irrémédiable, lorsque la foi ou une volonté de fer rompue à une discipline éthique ne les forcent pas à la patience et à la résignation. Malgré la fréquence des néoplasies malignes qui, d'après la statistique dressée par Spencer Wells, a triplé, dans le cours des trentes dernières années, du moins en Angleterre, en Ecosse et en Irlande, il existe à peine une classe de maladies, dans toute la pathologie, dont nous ne sachions absolument rien de positif concernant l'étiologie, comme cela a lieu pour le chapitre des tumeurs malignes. Pour être tout à fait honnête, il nous faut convenir que tout ce qu'on a affirmé et tout ce qu'on affirme encore à ce sujet ne peut passer que pour des hypothèses plus ou moins subtiles, plus ou moins ingénieuses, et que la plus récente de ces hypothèse, celle qui fait intervenir comme élément causal des organismes vivants — des protozoaires — en est encore à attendre la preuve.

Il manque donc toujours encore un point de départ au thérapentiste qui veut entreprendre des investigations dans cette voie avec la conscience du but à atteindre, il manque le fil d'Ariane qui permettrait de découvrir le sentier à suivre pour sortir de ce labyrinthe. Il y a en outre cette circonstance aggravante qu'en raison de la rarete des néoplasmes malins chez des animaux, l'homme malade a pu seul être utilisé jusqu'ici pour les expériences à faire ; or, l'humanité défend de procéder avec des matériaux aussi précieux, de la façon dont la chose serait désirable dans l'intérêt de l'expérience en cause.

(1) Traduction intégrale du mémoire paru en langue allemande in *Wiener medic. Presse*, 1891, n° 6, p. 209.

Mes travaux, qui ont embrassé nne durée de plusieurs années, se heurtaient à un autre obstacle : le service chirurgical dont j'avais la direction ne donnait habituellement refuge qu'à un nombre extrêmement restreint de cas de tumeurs inopérables.

Il est superflu d'insister sur ce que, avant d'entreprendre des essais inédits, j'ai mis à l'épreuve à pen près tous les nombreux remèdes qui, dans le cours des vingt-cinq dernières années, ont été représentés comme efficaces ou curatifs. Depuis les injections de nitrate d'argent et de sel de cuisine, jusqu'aux injections d'eau oxygénée, j'ai à peu près tout expérimenté dans le cours des années passées : les préparations de condurango, la térébenthine de Chios, la papaïotine, etc. Tout cela sans résultat digne d'être mentionné.

Lorsque je me suis mis à faire œuvre personnelle, j'ai édifié mes plans sur cette donnée, que *les éléments cellulaires pathogènes possèdent une énergie biologique sensiblement plus faible que les éléments cellulaires normaux*; une donnée qui laisse entrevoir la possibilité d'attaquer efficacement un néoplasme tout en ménageant les parties saines environnantes. Je ne veux pas faire un exposé circonstancié de toutes les études et de toutes les phases qui se rapportent à ces recherches; je veux seulement mettre en lumière ce qu'elles présentent de plus important, sans m'assujettir à l'ordre chronologique, ce qui serait sans but tout en m'obligeant à des redites incessantes.

Le 20 novembre 1885 j'ai eu l'honneur de présenter, dans cette même enceinte, deux cas de vastes épithéliomas inopérables de la face, où j'avais réussi à détruire par voie médicamenteuse tout ce qui avait subi la dégénérescence morbide. Aux régions correspondantes, les deux patients ne présentaient plus que des granulations molles, saines, aptes à former du tissu cicatritiel, mais plus une trace de la masse épithéliomateuse, qui était facile à reconnaître. Je nourrissais, à cette époque, l'espoir de détruire le tissu pathologique sans nuire au tissu sain, et après avoir longuement cherché, je m'étais arrêté à l'emploi local de l'acide lactique. L'idée que je me faisais à cette époque-là de cette préparation, et que je défendais, se vérifia complètement. Malgré cela, je me trouvai amené à ne pas expérimenter plus longtemps l'acide lactique dans le traitement des néoplasmes, à savoir dans les cancers superficiels de la peau, parce que l'application de ce topique est très douloureuse et entraîne toujours une désagrégation de la néoplasie.

En 1888 parut le travail de P. Bruns, relatif à l'influence curative de l'érysipèle sur les tumeurs. Ce travail rendait compte de 22 cas, dont 3 de sarcome, où une tumeur avait été guérie d'une façon complète et durable par un érysipèle (inoculé). Jänicke relatait un cas de cancer du sein, inoculé avec succès. Il est vrai que l'inoculation du micrococque de l'érysipèle ne réussissait pas toujours; il est vrai que, dans des cas où l'inoculation avait réussi, le succès avait fait défaut, ou n'avait été qu'illusoire ainsi qu'il s'était fait voir dans la suite; il est vrai qu'il y eut nn cas de mort survenne à la suite d'un érysipèle inoculé; — malgré tout la chose fit sur moi une profonde impression. Il m'apparaissait aussitôt clairement que seules, la suractivité imprimée par l'érysipèle aux échanges nutritifs, l'élévation de température due à la fièvre, et l'accélération de la circulation, avaient exercé cette influence salutaire. Je me représentais qu'en raison de leur énergie biologique amoindrie, les éléments du néoplasme n'avaient pu résister à cette suractivité circulatoire, à cette élévation de température, qu'ils avaient été frappés de mort et avaient disparu à peu près comme le mur pourri d'nn quai résiste à l'onde calme, mais ne peut résister aux assauts des vagues en furie.

Je commençai alors à réfléchir sur la qnestion de savoir s on ne pourrait pas trouver un remède qui, incorporé localement, agirait sur les vasomoteurs en les excitant, et produirait ainsi des effets analogues à ceux de l'érysipèle, sans se heurter aux difficultés de l'inoculation et aux dangers de la maladie inoculée.

Après de longues recherches j'ai rénssi à découvrir nne substance capable de produire l'effet en question d'une façon en quelque sorte magnifiqne et magique. A cette époque se présenta précisément à ma consultation externe une malheureuse femme, à laquelle j'avais extirpé un cancer du sein, deux années auparavant. Il était surveuu une récidive locale, sous la forme d'un cancer lenticulaire de la partie latérale du thorax. Une pareille petite nodosité, jeune, de fraîche éclosion, devait me servir à mettre à l'épreuve le nouveau remède. Avec le crayon de nitrate d'argent, je traçai une fine raie circulaire autour de la petite nodosité choisie, qui avait les dimensions d'une lentille; j'injectai la préparation liquide non pas dans la nodosité même, mais vers sa base et dans la zone ambiante ; j'appliquai avec soin nn pansement et je priai la femme de revenir au bout de trois jours. Elle se présenta ponctuellement le quatrième jour, j'enlevai le pansement protecteur, pour m'enquérir de l'état de la nodosité. On n'en découvrait plus rien, elle avait disparu sans laisser de traces; la peau, d'un aspect normal, était aplatie, et ne laissait plus voir que le cercle tracé par le nitrate d'argent. Nons avons répété à plusieurs reprises cette expérience, intéressante au plus haut degré, toujours avec un succès aussi surprenant. Je croyais avoir atteint le bnt de mes efforts, mais je ne devais pas tarder d'être amèrement désillusionné. D'une part de nouvelles nodosités vinrent à éclore, d'autre part le remède resta impuissant contre les nodosités volumineuses, de vieille date; il ne pouvait ni réduire le volumo des tumeurs dans des proportions sensibles, ni les empêcher de progresser. Mais de toute façon, la peine que je m'étais donnée pour découvrir la préparation n'était pas entièrement perdue. Le remède se montra efficace, sinon contre les néoplasmes, du moins dans les cas de tuberculose locale, en particulier dans les cas d'abcès froid. J'espère pouvoir plus tard vous faire une communication à ce sujet, quand le bruit qui s'est fait autour de la lymphe de Koch, avec laquelle mon remède présente une certaine analogie, se sera apaisé ou du moins se sera calmé un peu.

Ce fut en 1883 que je tombai sur l'idée suivante, idée nouvelle. C'est chose connue qne la croissance d'un uéoplasme dépend de la prolifération plus ou moins rapide des éléments cellulaires pathologiques, prolifération qui a son point de départ dans la division des noyaux de ces cellules. Si l'on pouvait entraver cette fatale manifestation de la vie dans les noyaux des cellules, il apparaissait comme possible d'étouffer le processus néoplasique, éventuellement même de provoquer la métamorphose régressive d'une tumeur, au cas où les noyaux viendraient à être frappés de mort.

Mais comment agir sur les noyaux dans le sens indiqué cidessus?

Comme on le sait, dans les préparations anatomiques ce sont surtout les noyaux qui absorbent les substances colorantes et qui les fixent pour un temps déterminé. Essayons donc — tel était le raisonnement que je me fis — *de colorer la néoplasie in corpore vivo.* Les noyaux cellulaires du tissu sain ne seront pent-être affectés par la substance colorante qne d'une façon transitoire, tandis que les noyaux cellulaires du néoplasme, moins résistants, subiront peut-être une influence contrariante, voire même une infinence nécrobiogène. L'expérience méritait

d'être tentée. Je me mis en quête d'une couleur d'aniline exempte d'arsenic, et je choisis malencontreusement l'aniline trichlorée; bientôt aussi se présenta un cas approprié, dans la personne d'un homme de cinquante et quelques années, originaire d'Oedenburg. Le malheureux était porteur d'un sarcome à cellules arrondies, ulcéré à certaine place, dont le volume était un peu supérieur à celui d'une orange, qui siégeait à la cuisse droite, et qui, par la pression qu'il exerçait sur la veine crurale, occasionnait de l'œdème de la jambe. Le néoplasme n'était pas facile à extirper. Le patient avait fait, sans succès, le tour de tous les services chirurgicaux de Vienne, avec le désir d'être opéré.

Je commençai par lui faire une injection de 1 gramme d'une solution à 1 0/0 de la substance colorante. Le patient la supporta parfaitement bien; il n'éprouvait pas de douleurs, il ne présentait pas de troubles de l'état général; seulement, une heure environ après l'injection, apparut une coloration brun foncée de la peau, qui se dessina plus nettement, à la figure et aux mains principalement. Le lendemain matin la coloration de la peau avait disparu sans laisser de traces. Après chaque nouvelle injection, les mêmes manifestations se sont reproduites, et à un degré plus marqué lorsqu'on eut doublé la dose.

Sous l'influence de ce traitement, l'écoulement qui se faisait à la surface de l'ulcération a augmenté; des masses de sérum, teinté en bleu, se sont écoulées, entraînant des détritus de même couleur, et en même temps nous pouvions observer un rapetissement progressif de la tumeur, qui acquérait une consistance plus ferme; trois semaines après le début du traitement, l'œdème disparaissait à la jambe, preuve d'une décompression de la veine crurale, due à la réduction de la tumeur. Le patient était on ne peut plus heureux de cette amélioration inespérée, et il se mit à demander qu'on procédât plus rapidement. Malheureusement j'accédai à cette demande, et je doublai la dose, c'est-à-dire que j'injectai 4 grammes, en prenant soin que rien ou le moins possible du liquide injecté ne s'écoulât à travers la surface ulcérée. Les suites furent terribles. Déjà une heure et demie plus tard, le médecin de service était mandé. Le patient avait vomi; il était couché dans son lit, sans connaissance, il était coloré en bleu sur toute la surface du corps; il respirait, ou, plus exactement, il râlait suivant le rythme de Cheyne-Stockes; le pouls était ralenti. Trois pleines heures durant, le médecin dut rester près du lit et pratiquer la respiration artificielle ainsi que d'autres manœuvres destinées à ranimer le malade. Enfin, dans le cours de la cinquième heure, le patient revint à lui, il soupa et s'endormit paisiblement. Le lendemain matin, tout était rentré dans le plus bel ordre, la peau était encore un peu nuancée de bleu. Naturellement, après une courte interruption, je revins de nouveau à la dose première. Après un traitement de huit semaines de durée, la tumeur était réduite à une nodosité ferme, qui avait à peine le volume d'une noix; la surface ulcérée était solidement cicatrisée. Le malade quitta l'hôpital, en état de guérison, et de retour chez lui, il put se charger entièrement de ses affaires. Un an plus tard, il a contracté, dans le courant de l'hiver, une pneumonie à laquelle il a succombé. Il n'était pas survenu de récidive du néoplasme.

J'ai employé l'aniline trichlorée dans trois autres cas, mais je trouvai que, même à faible dose, il en résultait des effets secondaires désagréables, voire inquiétants. Je songeai à employer une autre substance colorante, moins désagréable; d'une part le manque absolu de malades utilisables pour un long espace de temps, d'autre part des travaux et des recherches d'un autre ordre m'ont obligé à ajourner momentanément mes essais.

L'année dernière, la maison Merck, de Darmstadt, a mis dans le commerce deux nouvelles substances colorantes : le violet de méthyle et l'auramine, auxquelles Stilling a donné le nom de *pyoktanine*, qui ne correspond pas tout à fait à leurs effets.

Ce qui m'intéressait surtout c'était l'assertion de Stilling, comme quoi ces deux préparations sont absolument inoffensives pour l'organisme, assertion dont j'ai pu vérifier l'entière exactitude. Je pouvais donc dès lors reprendre avec une conscience tranquille mes essais interrompus. Mais je n'avais pas sous la main les matériaux nécessaires; c'est seulement le 22 septembre 1890 qu'entraient dans mon service les deux malades que je me permets de vous présenter aujourd'hui.

Lorsque la malade ici présente, âgée de 66 ans, fut admise dans mon service, elle avait dépéri à un tel point que sa fin prochaine paraissait être imminente. Elle portait à la partie moyenne du maxillaire inférieur un sarcome plus gros qu'un poing d'adulte, qui faisait une forte saillie en avant, et qui en arrière infiltrait la moitié antérieure de la région sublinguale. Les lèvres ne pouvaient plus se rapprocher jusqu'au point de se toucher et de fermer la bouche; la langue était refoulée contre le palais, vers le gosier, de telle sorte que la malade ne pouvait plus parler, ni prendre de nourriture, pas même des aliments liquides. Il fallait l'alimenter au moyen de la sonde, et cela péniblement.

La tumeur fut injectée avec une solution de violet de méthyle, d'abord avec une solution au 1/500ᵉ, puis avec une solution au 1/300ᵉ, en tout 35 fois, les quantités de liquide injectées chaque fois variant de 3 à 6 grammes. Actuellement on reconnaît à peine la malade; elle peut fermer la bouche et la sialorrhée n'est plus appréciable, elle mange sans difficulté la ration ordinaire de l'hôpital, elle a augmenté de poids et elle est tout à fait en bonne voie. La tumeur est bien réduite au tiers du volume qu'elle avait précédemment, le plancher de la bouche est libre, la langue a repris sa place. Maintenant seulement il est possible de constater que le néoplasme est issu de la partie centrale du maxillaire inférieur, car il est enveloppé de tous côtés par des parois osseuses. Une partie de la néoplasie intra-osseuse subsiste encore; les masses extra-osseuses qui existaient précédemment ont disparu sans laisser de traces. J'ignore ce qu'il adviendra du ratatinement progressif des restes du néoplasme, ratatinement qui se continue encore, car les parois osseuses constituent, dans le présent cas, un obstacle considérable, peut-être invincible. Le traitement par les injections de la substance colorante est continué.

Le second patient, un homme de 58 ans, vieillard avant l'âge, a été admis à l'hôpital le 9 décembre 1890. Il porte un sarcome kystique dans la région et au-dessous de l'articulation sterno-claviculaire gauche, qui avait envahi précédemment une partie de la base et du quart inférieur du sterno-cléido-mastoïdien ainsi que le grand pectoral dans une étendue assez considérable. Le diamètre transversal de la tumeur mesurait 13 centimètres, le diamètre vertical 8 centimètres. On a fait jusqu'à 12 injections, à 6 grammes chacune, d'une solution de violet de méthyle à 1/300ᵉ. Présentement la tumeur est notablement aplatie, ses diamètres ont diminué; au lieu de 13 centimètres elle n'en mesure plus que 10 dans le sens transversal, et 6 au lieu de 8, dans le sens vertical.

Tandis que, dans le premier cas, il n'y a jamais eu effraction de la tumeur, il n'y a jamais eu écoulement d'un produit de sécrétion coloré, dans le second cas les cavités kystiques se sont criblées de petites ouvertures et ont déversé un liquide bleu; par contre, les infiltrations dans les muscles sont simplement en voie de ratatinement. Le patient peut remuer la

tête qui, précédemment, était un peu raide, et il se sent très à son aise ; il n'a jamais eu de fièvre.

Dans la division payante de l'hôpital Wieden se trouve actuellement une femme de 60 ans, extrêmement anémique, avec un cancer fougueux de la vessie. Le néoplasme est très vasculaire, et depuis des années la malade souffre d'hématuries interrurrentes, plus ou moins profuses, qui sont évidemment la cause principale de son anémie. Avec le ramasseur, j'ai réussi facilement à rameuer au dehors une villosité, qui a été reconnue pour un papillome par M. le prosecteur Zemann.

La tumeur doit avoir un développement considérable, car l'œil d'une sonde introduite dans la vessie est obstrué presque constamment. Il n'y a pas à songer à une opération, du moins à l'heure actuelle, étant donné l'état d'extrême dépérissement de cette femme. Mais celle-ci était dans un état voisin du désespoir; elle ne pouvait rendre que par gouttes son urine sanglante, fétide, mélangée adondamment de mucus et de détritus de tissu. Elle n'avait de repos ni la nuit ni le jour ; de plus elle était habituellement prise de fièvre vers le soir. Elle suppliait qu'on la délivrât au moyen d'une opération, dût-il lui en coûter la vie. Dans ces conditions, je fis un essai avec des injections d'une solution de violet de méthyle au 1/2,000°. Tous les deux jours on injecte avec l'appareil Jacques environ 20 grammes de la solution dans la vessie, et on laisse séjourner le liquide dans cette poche. Le soulagement subjectif que ressent la femme est remarquable ; elle se déclare très satisfaite de sa situation présente, comparativement à sa situation antérieure. L'ischurie a un peu diminué ; l'urine, à la vérité, est encore un peu trouble et mélangée de mucus, mais elle ne renferme plus de sang.

Deux hommes avec des carcinomes glandulaires au cou ont également été améliorés au moyen des injections d'une solution de violet de méthyle au 1/500°, et cela au point qu'ils ont demandé leur exeat, sous prétexte qu'ils se sentaient de nouveau en état de reprendre leurs occupations.

Pour terminer, je veux encore citer un cas tiré de ma clientèle privée. Il s'agit d'un malade âgé de 60 ans, qui est venu me consulter vers le milieu du mois d'août. A cette époque, il portait une tumeur solide — indubitablement un sarcome — du volume d'une tête d'adulte, qui émergeait du bassin, à droite, faisait saillie dans la cavité abdominale, et qui, refoulant vraisemblablement devant elle le péritoine, était venue au contact des téguments abdominaux. Au dire du malade, la tumeur avait été découverte au mois de février, alors qu'elle avait les dimensions d'un rein, et elle était, prétendait-il, douée d'une certaine mobilité, ce que pour ma part je mets en doute. Sous l'influence irritante d'une cure thermale, le sarcome avait grossi jusqu'à atteindre en peu de mois le volume d'une tête d'adulte. La tumeur occasionnait des troubles considérables en gênant la défécation qui ne pouvait s'effectuer que difficilement et après emploi de moyens artificiels. Vers la fin du mois d'août, la coprostase devint complète, même les gaz ne passaient plus; il s'établit peu à peu un ballonnement considérable du ventre, avec hoquets, avec douleurs dans les anses intestinales énormément distendues, et qui se dessinaient à travers les téguments abdominaux, agitées de mouvements péristaltiques très violents. Ces manifestations inquiétantes s'exaspérèrent au point que le 3 septembre, à une heure avancée de la soirée, il me fallut pratiquer une colotomie.

Comme je savais avec quelle facilité les fonctions du gros intestin out coutume de se rétablir dans les cas d'ileus par compression, après évacuation des gaz et des matières fécales, je ne pratiquai dans le côlon transverse qu'une ouverture de la grandeur d'un pois chiche environ; j'étais toujours en mesure d'agrandir l'orifice au besoin.

Mon attente s'est réalisée ; le cinquième jour après l'opération quelques gaz s'échappaient par l'anus ; au bout de neuf jours, et à la suite de lavements, le malade rendit un peu de matières fécales, dures, argileuses. Mais voici que la tumeur se développait d'une façon absolument inquiétante. Au commencement de novembre, le sarcome avait des dimensions presque doubles de celles qu'il avait en août. Il faisait maintenant saillie hors du bassin, comme un rocher dur, jusqu'au niveau de l'ombilic, dépassant de beaucoup la ligne médiane à droite, pour atteindre, au dehors, une ligne qui s'étendait depuis la dernière côte jusqu'à l'os iliaque. Les évacuations alvines étaient de nouveau devenues plus difficiles, il était survenu de la strangurie, indice d'une compression de la vessie. Comme la tumeur était ulcérée en deux endroits au-dessus du ligament de Poupart, je proposai au malade de le soumettre au traitement par les substances colorantes.

On a fait jusqu'ici dans la tumeur 15 injections d'une solution de violet de méthyle au 1/500°, à raison de 3 grammes par injection. Le résultat obtenu jusqu'ici est au-dessus de toute attente ; le colosse est réduit presque au tiers de son volume précédent. Le malade va à la selle, comme au temps où il était en bonne santé, spontanément et régulièrement; les ulcérations sont presque cicatrisées, la strangurie a diminué. Le patient se promène pendant des heures en plein air, même par les plus grands froids et par les temps les plus mauvais ; il a repris toute son activité, il va en société, il reçoit, en un mot il vit comme à l'époque où sa santé était parfaite.

Les cas, dont quelques-uns ont été placés sous vos yeux, les autres n'ayant pu que vous être communiqués, sont, à vrai dire, loin d'être guéris ; mais ils sont certainement en voie d'amélioration considérable. Leur guérison définitive peut être espérée ou du moins ne doit plus être considérée comme impossible. Si d'ailleurs vous considérez qu'il s'agissait exclusivement de néoplasmes *noli me tangere*, vous accorderez que le résultat jusqu'ici obtenu est des plus satisfaisants. Si je parle du traitement par les substances colorantes un peu prématurément peut-être, ou du moins avant d'avoir obtenu des guérisons définitives, mon excuse se trouve dans cette circonstance : c'est que, à mon idée, le concours d'un nombre aussi considérable que possible de travailleurs est nécessaire pour éclairer plus rapidement cet important sujet.

Deux mots encore sur le violet de méthyle. J'ai employé jusqu'ici des solutions à 1/1,000°., à 1/500°., à 1/300°., mais je crois qu'on pourra, sans dommage, recourir à des solutions beaucoup plus concentrées, portées même au maximum de concentration. D'après les observations que j'ai faites jusqu'à ce jour, les malades supportent très bien des doses très fortes. Les injections pratiquées, cela va sans dire, avec les précautions antiseptiques indispensables, doivent être faites de telle sorte que le néoplasme soit peu à peu imprégné en totalité par la matière colorante. Des tumeurs closes ne se désorganisent pas, elles subissent simplement une métamorphose régressive et se ratatinent. Par contre des tumeurs ulcérées deviennent le siége d'une sécrétion plus profuse et se rapetissent en apparence plus rapidement. La coloration des tumeurs doit être répétée souvent, peut-être même tous les deux ou trois jours, pour donner des résultats plus rapides. Il est d'ailleurs facile de procéder ainsi, car les malades ne s'y opposent pas; au contraire ils encouragent le médecin à la chose.

Qu'on ne se figure pas non plus que je prétende proclamer le violet de méthyle de la maison Merck comme la seule préparation efficace, quoique j'aie tout motif d'en être satifait. Je crois plutôt que l'on découvrira des substances colorantes meilleures, parce qu'elles auront une action plus prompte, peut-être même des substances différentes pour les sarcomes et les carcinomes, et correspondant aux caractères cliniques et histologiques dissemblables de ces deux variétés de tumeurs. On a un choix très riche à faire parmi les nombreuses couleurs d'aniline qu'on prépare aujourd'hui, exemptes de toute trace d'arsenic. On pourra faire aussi accessoirement des essais avec les matières colorantes de la cochenille et du bois de campêche. Je voulais simplement, dans cet exposé, indiquer la voie dans laquelle on devra travailler et chercher désormais. Si les médecins et les chimistes se donnent la main, pour atteindre, par le chemin en question, ce superbe but de la guérison des tumeurs et des hyperplasies inopérables, peut-être alors ce grand événement se réalisera-t-il.

RECUEIL DE

FAITS CLINIQUES ET EXPÉRIMENTAUX.

EFFET THÉRAPEUTIQUE DES INJECTIONS DE SÉRUM DE CHIEN (HÉMOCYNE) CHEZ L'HOMME, DANS LE COURS DE LA TUBERCULOSE.

Par MM. J. Héricourt, P. Langlois et Saint-Hilaire.

(Suite et fin) (1).

III. — Observation I de M. Saint-Hilaire.

Le G... (Hippolyte), vingt-neuf ans, tourneur sur cuivre.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants, en bonne santé, six frères et sœurs morts tout jeunes, entre deux et trois ans. Deux frères encore vivants et en bonne santé.

Antécédents personnels. — A l'âge de un mois, Le G... a eu la variole; il en porte encore de fortes traces sur le visage.

Jusqu'au mois de septembre 1889, il a toujours eu une excellente santé; à cette époque, il prend une bronchite intense à la suite d'un refroidissement.

Depuis ce moment, il ne cesse de tousser et de maigrir. Au mois de janvier 1890, la voie devient euronée, c'est alors qu'il vient nous consulter.

Nous constatons l'existence d'une phthisie pulmonaire et laryngée assez avancée pour laquelle nous prescrivons un régime tonique (arsenic, huile de foie de morue, etc.), et nous pratiquons des cautérisations laryngiennes avec une solution de chlorure de zinc au 1/50e, deux fois par semaine.

Le malade s'est maintenu ainsi, continuant à travailler jusqu'au mois d'octobre dernier sans aggravation bien évidente, mais aussi sans la moindre amélioration même passagère.

A cette époque survient de la dysphagie; l'épiglotte, à peu près intacte jusqu'alors, devient rouge, infiltrée, et l'on peut observer quelques ulcérations sur son bord libre et sur la région aryténoïdienne gauche. La déglutition est très douloureuse, il est impossible au malade de manger, s'il n'a soin, quelques minutes avant de se mettre à table, de toucher son larynx avec une solution de cocaïne.

L'expectoration est très abondante; la toux survient par quintes et provoque souvent des vomissements; l'amaigrissement augmente tous les jours; la nuit, les sueurs sont très abondantes.

(1) Voir le numéro précédent.

Le 5 janvier nous nous décidons à traiter ce malade par des injections sous-cutanées d'hémocyne.

Les muqueuses conjonctivale et labiale sont très décolorées, de même la muqueuse du voile du palais, qui est complètement blanche.

Larynx. — L'épiglotte est très rouge, épaissie, presque immobile; sur sa face postérieure, un peu à gauche, on voit un sillon ulcéré qui part du bord libre et va jusqu'aux tubercules de Czermak. Les cordes vocales supérieures sont très rouges, très gonflées, recouvrent *complètement* les cordes vocales inférieures lorsqu'on fait prononcer au malade la lettre è.

Les cordes vocales inférieures, que l'on aperçoit seulement pendant l'inspiration, sont légèrement rosées; mais non ulcérées. La région aryténoïdienne est moins rouge que les cordes vocales supérieures, et légèrement gonflée.

La voix est un peu enrouée, la déglutition est douloureuse.

Poids : 57 kil. 500.

Poumon. — A droite, en avant, matité complète depuis la clavicule jusqu'à deux travers de doigt au-dessus du mamelon.

En arrière. — Matité dans les fosses sus et sous-épineuse jusqu'à 1 centimètre au-dessus de la pointe de l'omoplate.

A l'auscultation. — Souffle caverneux, amphorique dans toute la partie supérieure du poumon, bruit de gargouillement très net râles sous-crépitants au niveau du mamelon et de la fosse sous-épineuse.

A gauche. — Diminution de la sonorité dans les deux premiers espaces intercostaux et dans la fosse sus-épineuse, respiration rude et soufflante, expiration prolongée; on perçoit aussi quelques râles sous-crépitants.

5 janvier.	— Injection de.....	1	centimètre cube
8	— —	1	—
12	— —	2	—
15	— —	2	—
19	— —	2	—
21	— —	2	—
24	— —	3	—

Toutes ces injections ont été complètement indolores ; elles n'ont amené ni la moindre rougeur de la peau ni la moindre gêne pour le malade.

G... n'a rien changé à son régime antérieur; il a continué à travailler comme par le passé; il a cessé de prendre la créosote, et n'a rien conservé du traitement qu'il suivait depuis près d'un an que quelques gouttes de liqueur de Fowler.

Le 24. Les forces du malade ont augmenté d'une façon très appréciable, les sueurs nocturnes ont disparu; son poids, actuellement de 60 kil. 500, a augmenté de 3 kilogrammes dans cette période de dix-neuf jours. La déglutition n'est plus douloureuse.

La toux et l'expectoration n'ont pas été modifiées.

Larynx. — L'épiglotte a repris l'aspect normal du côté droit; sur sa partie gauche, elle est encore infiltrée; le bord supérieur, d'où partait un sillon ulcéré, est cicatrisé; mais sur la face postérieure de l'épiglotte on observe toujours l'ulcération que nous avons décrite, seulement son étendue est beaucoup moindre.

La région aryténoïdienne est à peu près normale; les cordes vocales supérieures, toujours infiltrées, ne recouvrent pas complètement les cordes vocales inférieures dont on aperçoit environ la moitié.

Poumons. — Mêmes signes qu'au début à l'auscultation et à la percussion.

IV. — Observation II de M. Saint-Hilaire.

Laverat, cinquante-deux ans, journalier.

Antécédents héréditaires : Père mort jeune; mère morte à quatre-vingt-trois ans; le malade ne peut nous dire à quelles affections ils ont succombé.

Antécédents personnels : A vingt-trois ans, L... a eu une attaque de rhumatisme très légère qui a duré quelques jours seulement et

n'a pas récidivé; depuis lors, il a toujours eu une excellente santé jusqu'en 1888, époque à laquelle il a craché du sang à plusieurs reprises.

A la suite de ces hémoptysies, il s'est mis à tousser, il a éprouvé de la gêne respiratoire, la voix est devenue enrouée, néanmoins il a continué à travailler jusqu'au mois de juillet 1890 sans suivre aucun traitement. A ce moment l'appétit disparaît, la gêne respiratoire devient intense, la toux est fréquente et pénible, il se décide alors à venir nous consulter.

Nous constatons l'existence d'une tuberculose pulmonaire et laryngée, et nous prescrivons un régime tonique (arsenic, créosote, etc...), puis, toutes les semaines, nous pratiquons une cautérisation laryngienne avec une solution de chlorure de zinc au 1/50. Dans le courant du mois de septembre, la déglutition devient douloureuse, il est impossible au malade de manger s'il n'a soin de toucher son larynx avec une solution de cocaïne quelques minutes avant de se mettre à table.

Jusqu'au mois de janvier, l'état du malade s'est continuellement aggravé; il a beaucoup maigri, ses forces ont diminué, il a été à plusieurs reprises sur le point de quitter son travail, peu pénible cependant, et consistant à plier des livres chez un éditeur.

5 janvier. — Nous nous décidons là pratiquer chez lui des injections sous-cutanées d'hémocyne. A ce moment, l'état du malade est très grave; il est facilement essoufflé et obligé de s'arrêter plusieurs fois lorsqu'il monte un étage. Le moindre effort et le moindre changement de température provoquent chez lui des quintes de toux très violentes qui sont parfois suivies de vomissements.

La nuit le malade tousse beaucoup et ne peut dormir s'il n'a soin de prendre quelques cuillerées de sirop de chloral en se couchant.

L'expectoration est très abondante, les crachats sont épais et purulents; la voix est légèrement enrouée.

Examen du malade. — Les muqueuses conjonctivale et labiale sont décolorées, de même la muqueuse du voile du palais qui est complètement blanche. L'épiglotte, très gonflée, très épaissie, complètement immobile, a la forme d'un gros ovoïde à la surface duquel on observe de petits points faisant saillie et de petites ulcérations superficielles. Elle cache le larynx dont nous n'apercevons que la région aryténoïdienne qui est le siège d'un gonflement gélatineux prononcé surtout à gauche.

Poumons :

A droite, en avant, légère submatité dans les deux premiers espaces intercostaux et dans la fosse sus-épineuse.

A gauche. Diminution de la sonorité dans les trois premiers espaces intercostaux et dans la fosse sus-épinense.

A l'auscultation, on observe, à droite, en avant, respiration soufflante, expiration prolongée et râles sous-crépitants fins dans les points où nous avons observé de la submatité.

En arrière, mêmes signes.

A gauche, respiration rude et soufflante, craquements humides surtout nombreux au niveau du tiers interne du deuxième espace intercostal.

L'examen bactériologique nous révèle la présence de nombreux bacilles.

Poids : 52 kilogrammes.

Injection de 1 centimètre cube d'hémocyne au niveau de la région lombaire.

Le 7 injection de 1 centimètre cube de sérum dans la région inter-scapulaire.

10 janvier	...... Injection de	1	centimètre	cube.
13	— ...... —	2	—	
17	— ...... —	2	—	
19	— ...... —	2	—	
21	— ...... —	2	—	
23	— ...... —	2	—	

Ces injections n'ont provoqué ni douleur, ni rougeur aux points où elles ont été faites. Le malade nous dit que depuis quatre jours il n'éprouve aucune douleur pour avaler. Il n'a plus besoin, au moment de se mettre à table, de toucher son larynx avec une solution de cocaïne, ce qu'il avait été obligé de faire constamment depuis quatre mois. La déglutition à vide n'est plus douloureuse.

La toux cependant n'a pas diminué d'une façon appréciable; l'expectoration est aussi abondante, mais moins épaisse; en outre, le malade n'est plus aussi essoufflé; il peut monter jusqu'au troisième étage, qu'il habite, sans être obligé de s'arrêter. Il lui semble que ses forces ont augmenté; l'appétit est bon.

L'examen du malade, pratiqué à ce moment, révèle l'état suivant :

Poumons. — La percussion et l'auscultation nous donnent à peu près les mêmes symptômes que le 5 janvier. Les craquements du côté gauche sont cependant moins nombreux.

Larynx. — L'épiglotte a beaucoup diminué de volume, au moins de la moitié; elle n'est plus tout à fait immobile et se relève pendant l'examen laryngoscopique, nous permettant de voir le larynx dans son entier. La région aryténoïdienne est toujours le siège d'un gonflement gélatineux surtout accentué à gauche; les bandes ventriculaires sont très gonflées et recouvrent en partie les cordes vocales inférieures. La voix n'a pas subi un changement bien appréciable, elle est toujours légèrement enrouée.

En résumé, durant cette période de dix-huit jours, les forces du malade ont augmenté d'une façon très appréciable, l'expectoration est devenue moins épaisse et nous avons vu disparaître un symptôme très pénible et qui durait depuis longtemps : la douleur pendant la déglutition.

L'état du larynx s'est amélioré d'une façon très notable, l'épiglotte a beaucoup diminué de volume, les petites ulcérations superficielles qui se trouvaient à sa surface ont disparu.

Poids : 54 kilogrammes. Par conséquent, il y a eu augmentation de 2 kilogrammes.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

(*Suite*) (1).

V. — Craniectomie dans un cas de microcéphalie, par le Dr W. W. Keen. (*The medical News*, 29 novembre 1890.)

VI. — Deux cas de résection temporaire du crane, par le Dr W. Wagner. (*Centralblatt für Chirurgie*, 1891, n° 2, p. 25.)

V. — Voici, d'autre part, un cas de craniectomie pratiquée par Keen, chez un enfant microcéphale.

Cette opération a été tentée pour la première fois en France, par M. Lannelongue (1), chez une petite fille de 4 ans, qui offrait les déformations crâniennes et les signes de la microcéphalie sous sa forme grave. L'intervention consista à ouvrir le crâne dans sa moitié gauche le long de la suture sagittale, sur une longueur de 9 centimètres et sur une largeur de 6 millimètres, sans ouverture de la dure-mère, sans drainage consécutif. La cicatrisation s'est faite par première intention. Quatre semaines après l'opération on constatait une amélioration frappante de l'état de l'enfant; les phénomènes d'excitation cérébrale caractérisés par les cris incessants et par la trépidation des membres inférieurs avaient complètement disparu; le développement de l'intelligence était en progrès sensible.

Une seconde opération de craniectomie a été pratiquée par M. Lannelongue, le 20 juin 1890, chez un sujet qui réalisait un type d'idiotie plus accentué que le précédent. Le frontal et le pariétal ont été débridés à gauche; on a fait sauter en-

(1) Voir le numéro précédent.

(1) Voir *Gazette médicale*, 1890, nos 28, p. 325.

suite le pont osseux qui reliait les deux ouvertures. Les suites immédiates de l'opération ont été très simples (2).

Le sujet de l'observation de Keen, une petite fille de 4 ans et 7 mois, était indemne de tonte tare héréditaire (il en était de même dans le premier cas opéré par M. Lannelongue). Au moment de l'opération, l'enfant pesait 10 livres de moins qu'à l'âge de 15 mois; elle ne ponvait ni marcher, ni se tenir debout. Deux années auparavant elle avait eu 24 crises convulsives dans la même journée. L'expression de la figure était celle d'une idiote. Il n'y avait ni paralysie, ni contracture, mais une agitation incessante, qui empêchait l'examen de l'état des réflexes. Toutes les sutures du crâne et les grandes fontanelles étaient solidement oblitérées. La percussion de la tête n'était pas douloureuse. Les dimensions du crâne étaient telles qu'on les trouve chez un enfant de 1 an. A l'examen ophthalmoscopique, le fond de l'œil présentait un aspect absolument normal.

M. Keen a modifié légèrement le procédé opératoire employé par Lannelongue, en ce sens qu'il n'a pas prolongé l'incision jusqu'au front. Il a trépané à 1 centimètre environ à droite de la suture sagittale; les fragments osseux ont été enlevé à l'aide d'un « rongeur ». La perte de substance s'étendait depuis l'occipital jusqu'à 2 centimètres du rebord sus-orbitaire. Le périoste a été détaché avec soin, pour empêcher l'oblitération de la solution de continuité. La dure-mère n'a pas été entamée. Les suites immédiates ont été des plus bénignes; les sutures ont été enlevées le cinquième jour. Keen considère la craniectomie comme une opération absolument inoffensive, et c'est ce qui l'a engagé à publier son cas avant de pouvoir se prononcer sur le résultat définitif. Si ce résultat devait être insuffisant, M. Keen se proposait de tenter une seconde craniectomie à gauche.

Ajoutons que l'idée directrice qui a conduit M. Lannelongue à entreprendre sa première craniectomie se trouve exprimée dans ces lignes : « modifier une évolution cérébrale compromise ou retardée et chercher à lui donner un nouvel essort en affaiblissant dans une certaine mesure la résistance du crâne, principalement dans la région où le cerveau possède les centres qui exercent la plus grande influence sur la vie de relation ».

VI. — Dans une précédente revue (*Gazette médicale*, 1890, nº 35, p. 415), j'ai donné la description d'un procédé de résection temporaire du crâne, proposé d'abord par Julius Wolff, et mis en pratique pour la première fois par Wagner. L'opération avait parfaitement réussi, et il en a été de même dans un cas opéré par M. Kœhler, de Berlin, et dont j'ai rendu compte à cette même place (*Gazette médicale*, 1890, nº 35, p. 414).

Une troisième tentative de résection temporaire de la paroi cranienne a été faite avec succès à la clinique de Wölfler, à Gratz, par M. Mezler von Andelberg (*Wiener Klin. Wochenschrift*, 1890, nº 42).

Enfin Wagner rapporte qu'à Berlin, au Congrès de médecine international, plusieurs confrères lui on fait part des succès qu'ils ont obtenus en mettant à l'essai son procédé de résection temporaire. Wagner publie ensuite deux nouveaux cas opérés par lui, et dont voici une relation abrégée :

Jeune fille de 7 ans, issue de parents sains, a été bien portante et d'une intelligence ordinaire jusque vers l'âge de 3 ans. A la suite d'un accident, chute sur l'occiput, du haut d'un escalier, l'enfant est tombée dans un état voisin de l'idiotie ; elle ne prononçait plus que des sons inarticulés ; elle avait des évacuations involontaires ; de temps en temps elle avait des convulsions souvent pendant des journées entières; elle ne pouvait plus ni marcher ni se tenir debout.

Le 20 septembre de l'année dernière, M. Wagner procéda à la résection temporaire d'un fragment de la voûte cranienne; le fragment réséqué, ovalaire, mesurait 11 centimètres sur 9; il provenait de l'occipital et des deux pariétaux. Dans sa partie moyenne il adhérait fortement à la dure-mère, de sorte qu'en le détachant on provoqua une hémorrhagie relativement abondante. Après l'opération l'enfant s'endormit d'un sommeil calme. Voici l'état noté trois jours après l'opération.

L'enfant commençait à tendre les mains vers les aliments qu'on lui présentait; elle fixait du regard les personnes qui s'approchaient d'elle ; elle manifestait par une certaine impatience le désir de satisfaire ses besoins de défécation et d'urination; elle reconnaissait sa mère. Bref, son intelligence était en plein réveil. D'autre part la plaie cranienne était dans le meilleur état. Le 17e jour après l'opération, le fragment d'os qui avait fait l'objet d'une résection temporaire adhérait de nouveau solidement à la paroi cranienne.

L'amélioration est allée en progressant. Toutefois la fillette a eu un accès convulsif le 19 octobre, et un autre dans les premiers jours de novembre.

La seconde observation concerne un garçon de 3 ans, qui, peu de temps après sa naissance, avait été pris de convulsions (l'accouchement, très laborieux, avait été terminé par une application de forceps). Les accès convulsifs s'étaient répétés un grand nombre de fois pendant les deux premières années, avec une grande violence, durant parfois des heures entières. Le développement intellectuel était complètement enrayé. Evacuations involontaires. Le crâne présentait une dépression longue de 8 centimètres à la région pariétale postérieure. Une résection temporaire fut pratiquée à ce niveau ; les dimensions du fragment réséqué étaient de 10 et de 9 centimètres. Avant de le remettre en place, on déprima la saillie qu'il formait à sa face interne. L'opération a parfaitement réussi, mais trois semaines plus tard il n'était survenu aucun changement dans l'état psychique de l'enfant.

Dans l'esprit de l'auteur, ces deux cas doivent démontrer surtout que la résection temporaire du crâne est une opération extraordinairement simple, et que les fragments réséqués se ressoudent en place avec une extrême rapidité, sans réaction aucune.

E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

MANUEL DE CHIMIE CLINIQUE. *Analyse de l'urine, des calculs, concrétions et sédiments, des transsudats et exsudats liquides, des liquides kystiques et du suc gastrique*, par le Dr BOURGET, professeur à la Faculté de médecine de Lausanne.

Ce manuel, essentiellement pratique, réalise un progrès en l'espèce. Sans se préoccuper, en effet, des théories, du plus ou moins grand nombre de méthodes proposées pour la recherche et le dosage de telle ou telle substance, l'auteur indique les procédés qu'une longue pratique lui a démontré être les meilleurs. Il a d'ailleurs choisi les méthodes les moins compliquées, offrant cependant, malgré leur simplicité, toutes les garanties désirables.

Parmi ces procédés, il en choisit en général trois : l'un

(2) LANNELONGUE. De la craniectomie dans la microcéphalie. *Revue générale des sciences pures et appliquées*, 1890, nº 13.

facile, ne demandant pas d'installation spéciale, pouvant être employé par tout médecin; un second plus précis mais un peu plus compliqué; enfin, en troisième lien, une méthode absolument précise, mais ne pouvant être employée que dans un laboratoire. Ces divers procédés sont d'ailleurs toujours indiqués d'une façon très nette, avec la description minutieuse de la technique nécessaire pour que l'expérimentateur ne soit arrêté par aucune difficulté dans les différentes manipulations qu'il doit exécuter.

Dans l'exposé de chaque méthode, l'auteur commence par indiquer la préparation des réactifs, le poids de chaque produit chimique, les précautions à prendre pour faire les solutions titrées, etc. Puis, dans le paragraphe suivant, il décrit la manière d'opérer, les tours de main qu'il faut employer. Lorsque cela est nécessaire, un exemple sert à fixer les points un peu obscurs et indique la marche des calculs à exécuter. Enfin l'auteur termine le chapitre par une courte, mais substantielle étude de la physiologie et de la pathologie de chaque substance, dont le mode de recherche et de dosage est indiqué dans les paragraphes précédents. Le rôle de ce corps, son chiffre physiologique dans l'organisme ou les excreta, ses modifications, les variations en plus ou en moins de sa quantité dans les cas pathologiques, tout cela est indiqué brièvement, mais d'une façon très suffisamment complète.

Un certain nombre de tableaux, de formules pratiques, facilitent beaucoup les calculs à exécuter après chaque analyse. Enfin une vingtaine de figures représentent soit des appareils, soit des cristaux organiques.

L'auteur indique, à la fin du volume, les instruments et appareils nécessaires pour exécuter les recherches qu'il a décrites.

En somme, ce petit livre constitue certainement, parmi les manuels du même genre, l'un de ceux qui sont à la fois le plus concis, le plus pratiques et le plus complets.

C. Crinon. — Revue des médicaments nouveaux et de quelques médications nouvelles, 2e édition revue et augmentée.

La seconde édition de cet ouvrage était devenue nécessaire pour le maintenir au courant des dernières nouveautés thérapeutiques. En effet, aujourd'hui, en l'espace de quelques mois, on voit apparaître tant de nouveaux médicaments, tant de méthodes thérapeutiques inédites qu'un formulaire de nouveautés comme celui-là n'est plus à jour après ce laps de temps. Les nombreuses additions que M. Crinon a faites à son livre portent sur divers points.

Tout d'abord, il a complété et mis au courant des recherches les plus récentes certains articles qu'il n'avait pu traiter que sommairement dans la première édition. Citons par exemple les articles *aristol* et *diurétine*. Pour d'autres sujets, des publications parues depuis peu ont modifié les données antérieurement admises, ou indiqué des applications thérapeutiques nouvelles et par suite apporté des changements dans les formules, ou le mode d'emploi aussi bien des médicaments déjà connus que des substances récemment introduites en médecine.

M. Crinon n'étudie pas seulement les médicaments qui viennent de voir le jour, il s'occupe aussi de ceux un peu plus anciens, que des recherches récentes ont rajeunis. Tel est le cas de la *diastase*, de la *digitaline*, de l'*evonymine*, de l'*hydrastis*, de l'*ichthyol*, du *houmys*, de la *lithine*, du *podophyllum*, de la *pyridine*, du *salol*, du *strophantus*, de la *trinitrine*. Enfin de nouveaux venus ont trouvé naturellement leur place dans le livre de M. Crinon; c'est ainsi qu'il étudie le *bromol*, les *chloral antipyrine*, le *gaiacol*, l'*isococaïne*, la *salipyrine*, les *naphtol* et *salol camphrés*, et en général tous les *phénols camphrés* actuellement connus, les *pyoktanines*, le *tellurate de potasse*, etc. et toujours avec toutes les indications théoriques et pratiques nécessaires.

D'autres médicaments déjà plus anciens, mais relativement peu connus, sont l'objet d'une étude particulière, lorsque leur utilité thérapeutique est bien établie. Quelques médications, celle de la teigne par exemple, sont indiquées avec les formules nécessaires.

Pour chaque substance, M. Crinon indique ses propriétés physiques et chimiques, son action physiologique et thérapeutique et enfin son mode d'emploi, doses, formules, etc. Les indications thérapeutiques des principaux médicaments ont été signalées avec soin en se plaçant à un point de vue purement médical.

Ce petit volume rendra de grands services aux médecins désireux de retrouver immédiatement le mode d'emploi et les indications du médicament nouveau, tous renseignements épars dans des journaux ou revues spéciales. Il ne sera pas moins utile aux pharmaciens qui trouveront, avec la plus grande facilité, les caractères chimiques, le mode de préparation des substances avec lesquelles ils sont souvent encore peu familiarisés.

REVUE DES THÈSES

PATHOLOGIE MENTALE

De la mélancolie survenant a la ménopause,
par le Dr Paul Bruant (Thèse de Paris).

Ce travail, qui ne contient d'original qu'un certain nombre d'observations personnelles, se termine par les courtes conclusions suivantes :

1° La mélancolie apparaît assez fréquemment pour la première fois à l'époque de la ménopause.

2° Elle revêt une forme dépressive : les idées de persécution et les idées hypocondriaques prédominent souvent.

3° La marche de ce délire est aiguë et il aboutit d'ordinaire à la guérison.

4° La guérison n'est, dans la plupart des cas, que temporaire; les accès de mélancolie ménopausique ne sont séparés que par un intervalle de temps assez court.

Du délire des grandeurs. — Étude séméiologique,
par le Dr Lazare Klein (Thèse de Paris).

1° Le délire des grandeurs est un des symptômes les plus fréquents de l'aliénation mentale : il se présente avec des caractères différents suivant la maladie mentale dans laquelle il se manifeste.

2° Dans certains cas où le délire des grandeurs existe seul, ou lorsque ce symptôme prédomine dans le tableau clinique, l'étude détaillée des caractères de ce symptôme permet parfois de soupçonner la nature de la maladie en présence de laquelle on se trouve. Mais dans aucun cas ces caractères ne sont pathognomoniques pour suffire à eux seuls à établir un diagnostic précis et définitif.

3° En dehors de quelques cas, tels que l'alcoolisme subaigu et la manie, l'apparition du délire des grandeurs dénote une perturbation et souvent une faiblesse mentale considérable, que cette faiblesse soit congénitale (débilité mentale) ou

acquise. Dans ce dernier cas l'affaiblissement est tantôt d'origine organique et constitue alors une conséquence forcée de la lésion matérielle (méningo-encéphalite diffuse, alcoolisme chronique, hémorrhagie et ramollissement cérébral), tantôt il apparaît dans le courant d'une vésanie (maladie de Lasègue) et marque ainsi l'acheminement progressif de cette dernière vers la démence.

4° Le pronostic du délire des grandeurs est grave en général. En dehors des cas aigus mentionnés plus haut, il est rare de voir un malade qui présente ce délire recouvrer son intelligence d'une manière intégrale et le malade ne tarde pas à verser dans la démence.

DES MODES DE TERMINAISON DU DÉLIRE ALCOOLIQUE, par le Dr Firmin Terrier (Thèse de Paris).

1° Quand le délire alcoolique survient chez les malades exempts de toute tare héréditaire, le pronostic est ordinairement bénin. La guérison est le plus souvent complète et survient en un ou deux septenaires.

2° Chez les personnes au contraire qui, frappées du sceau de l'hérédité vésanique ou nerveuse, font du délire alcoolique, le pronostic doit être réservé car une vésanie peut succéder à ce délire, souvent le délire de persécution, rarement la mélancolie, plus rarement encore la manie.

3° Le délire alcoolique contribue puissamment à l'affaiblissement précoce des facultés intellectuelles et morales.

BULLETIN

LA LYMPHE DE KOCH A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — DE LA CONTINGENCE DE L'ACTION PATHOGÉNIQUE DES MICROBES, A PROPOS DU ROLE DU *bacterium coli commune* DANS LA GENÈSE DU CHOLÉRA NOSTRAS.

La lymphe de Koch a fait mardi dernier son entrée tardive à l'*Académie de médecine*. On ne peut dire, par exemple, que ce soit une entrée triomphale, car les conclusions des deux membres de la savante compagnie qui ont pris la parole sur ce sujet sont en contradiction manifeste avec celles du professeur de Berlin. Quoi qu'il en soit, le silence gardé jusqu'à présent par l'Académie sur une découverte qui s'est produite dans les conditions que l'on connaît, avait une certaine éloquence ; peut-être eût-il mieux valu qu'il ne fût pas rompu.

—MM. Gilbert et Girode ont fait, à la *Société médicale des hopitaux*, une communication très intéressante sur l'étude clinique et bactériologique du choléra nostras. Le *Journal des Sociétés scientifiques* a donné l'analyse de cette communication et de la discussion qui l'a suivie. Il résulte de l'une et de l'autre que le bacterium coli commune (*bacille d'Escherich*) doit être rangé parmi les micro-organismes cholérigènes. On) sait, d'autre part, que le même microbe, d'après MM. G. Roux et Rodet, aurait de grandes affinités pathogéniques avec le bacille typhique et pourrait engendrer la fièvre typhoïde. Enfin, d'après M. Vaillard, il produirait les accidents cholériformes qui se manifestent parfois dans le volvulus, l'étranglement herniaire, et deviendrait pyogène dans certains cas de cholécystite et d'angiocholite suppurées. (Gilbert et Girode.)

Tel est le rôle pathogénique multiple qui, suivant les circonstances, serait dévolu à un microbe qui, à l'état de santé, comme de maladie, est l'hôte habituel de notre intestin.

Comment cet hôte inoffensif se transforme-t-il en ennemi déclaré, en agent cholérigène?

« Deux hypothèses, répondent MM. Gilbert et Girode, sont en présence pour l'interprétation de la genèse des accidents que nous attribuons au bacille d'Escherich. L'on peut supposer, ou bien que ce microbe, indifférent d'habitude, est capable d'acquérir dans l'organisme même des propriétés biologiques spéciales et des qualités pathogènes, ou bien que, très répandu dans la nature, particulièrement dans l'eau, il est capable d'y acquérir ces propriétés et ces qualités, et d'en témoigner après son ingestion. Il est vraisemblable que ces hypothèses sont l'une et l'autre réalisables. »

Le bacille d'Escherich n'est pas le seul de nos hôtes ou commensaux microbiens qui poussent l'ingratitude jusqu'à devenir nos ennemis mortels; on peut dire que notre bouche en est pleine : le pneumocoque y coudoie le bacille de la diphthérie, et les microbes pyogènes, streptocoques et staphylocoques, y vivent en bonne harmonie. Pourquoi et comment, inoffensifs aujourd'hui, deviendront-ils demain si redoutables?

Il y a six ans, lors de la mémorable discussion, à l'Académie de médecine, sur la pathogénie des maladies infectieuses, on admettait généralement la fixité des espèces chez les microbes, qu'on divisait en deux grandes classes : les microbes pathogènes, et les microbes non pathogènes.

Nous avons protesté contre cette division en nous appuyant sur la mutabilité des espèces microbiennes et en montrant que la virulence est chez elles une propriété non essentielle, mais contingente, pouvant survenir accidentellement et s'exalter, aussi bien que s'atténuer et disparaître. « Ceci, disions-nous dans notre communication à l'Académie, permet de comprendre la spontanéité morbide, c'est-à-dire l'éclosion, sous l'influence de causes banales et d'une déviation des actes nutritifs, d'une maladie infectieuse qui devient ensuite transmissible. On n'est plus acculé entre les deux termes de ce dilemne d'après lequel on serait forcé d'admettre ou la préexistence et la panspermie des microbes pathogènes, ou leur génération spontanée. Il suffit de savoir qu'un microbe inoffensif, banal, physiologique peut, en se développant dans tel foyer morbide, subir des modifications dans quelques-uns de ses caractères, sinon une véritable transformation de son espèce, et devenir l'agent de transmission de la maladie de l'organisme d'où il émane » (1).

Nous sommes heureux de voir les idées que nous émettions à cette époque confirmées par les recherches ultérieures et acceptées par les bactériologistes. Dans une excellente Revue générale *sur les états morbides du surmenage physique*, après avoir énuméré les microbes qui sont nos hôtes habituels, M. Marfan écrit : « Ces constatations réduisent un peu le rôle de la contagion, qui semblait hier exclusif et unique, et on doit admettre aujourd'hui que certains cas des maladies infectieuses ne sont pas dus à la contagion, mais sont, dans quelques cas, spontanés, le mot spontané n'ayant pas tout à fait la même signification qu'autrefois.

« Quand un de ces microbes commensaux devient pathogène, ce n'est pas uniquement parce qu'il a trouvé une porte ouverte, parce qu'il y a discontinuité de l'épithélium ou déchirure vasculaire. Cela arrive tous les jours et l'infection ne se produit pas, grâce au phagocytisme et aux propriétés bactéricides du sérum chez l'individu bien portant. Si le microbe devient nocif, si sa virulence s'exalte, c'est que des modifications intérieures ou extérieures se sont produites. Le surmenage est une des causes intérieures qui facilitent le plus l'infection microbienne. L'histoire de bien des maladies en fait foi, et les expériences de MM. Charrin et Roger confirment

(1) Dr F. de Ranse : *Pathogénie des maladies infectieuses ; microbes, ptomaïnes et leucomaïnes*, 1886.

les enseignements de la pathologie. L'organisme surmené, empoisonné, devient la proie des microbes, comme le corps entre en putréfaction, quand la vie s'est éteinte en lui. » (1)

L'étude de l'état sanitaire ou de l'aptitude pathologique des troupes en campagne fournit une éclatante confirmation de ce qui précède. « Au début, écrit M. Kelsch, l'activité des causes morbigènes n'est guère sollicitée que par les météores seuls ou associés aux influences telluriques. Plus tard, c'est la réceptivité morbide qui assume le rôle le plus important; elle devient assez puissante pour prolonger dans l'hiver les maladies de l'été et dans l'été celles de l'hiver. Les moteurs pathogéniques procèdent du milieu extérieur au début de la campagne; ils s'élèvent dans l'organisme lui-même vers la fin (2). »

Le rôle du milieu intérieur, c'est-à-dire du terrain, dans la pathogénie des maladies infectieuses, un instant relégué au second plan, sinon annihilé par la doctrine parasitaire, tend donc à reprendre l'importance qui lui revient. C'est ce que constate avec nous un médecin distingué de la marine, M. L.-E. Bertrand, dans un travail très intéressant sur l'*origine et la nature microbiennes non spécifiques de l'hépatite suppurée* : « Les découvertes modernes et la doctrine panspermiste qui en a été la conséquence, dit-il, sont loin d'avoir renversé l'étiologie classique; elles l'ont même moins bouleversée qu'on n'aurait pu le croire tout d'abord et n'ont fait qu'en changer les termes. Sur le terrain étiologique, l'accord n'est pas impossible entre la tradition et le progrès; revenue de ses premiers entraînements, la médecine actuelle est forcée de le reconnaître (3).

Dr F. DE RANSE.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Foix, médecin consultant à Salies-de-Béarn. M. Foix, ancien interne des hôpitaux de Paris, était un médecin très instruit et avait fortement contribué, par ses travaux, au brillant essor, pris dans ces dernières années, par la station de Salies, où il jouissait d'une grande et légitime considération.

Faculté de médecine de Paris.

CONCOURS POUR QUATRE PLACES D'INTERNE EN MÉDECINE. — Le jeudi 12 mars 1891, à une heure précise, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria n° 3, un concours pour la *nomination à deux places d'interne en médecine à l'hôpital de Berck-sur-Mer et à deux places d'interne en médecine à l'hospice de Brévannes.*

Le registre d'inscription restera ouvert de onze heures à trois heures, depuis le lundi 16 février 1891 jusqu'au samedi 28 du même mois inclusivement.

Seront admis à prendre part à ce concours :

Les élèves externes des hôpitaux de Paris;

Les élèves en médecine de 3e année, au moins, qui auront fait six mois de stage régulier dans les hôpitaux de Paris.

L'indemnité annuelle pour Berck-sur-Mer est fixée à 1,200 fr., et celle pour Brévannes à 1,000 fr., indépendamment du logement, de la nourriture, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage.

PRIX DES THÈSES. — *Médailles d'argent.* — MM. Riéfel, Vaquez, Tissier, Lyon, Parmentier, Cherbuliez, Parisot, Baudoin, Thierry, Perchaud, Legry.

Médailles de bronze. — MM. Nicolle, Huguenin, Caussade, Regnier, Gaser, Jannet, Valentin, Dussert, Mordret, Lyot Delagenière, Renaud, Kœnig, Decressac, Cart, Charmois, Brulh, Lancry.

Mentions honorables. — MM. Maurain, Vignalon, Villemain, Meilach, Lion (Gaston), Bonnier, Springer, Oiry, Champeille, Vimont (Maurice), Baudry, Fèvre, Allard, Deheyle, Brossard, Mlle Dylion (Bertha), Bouisson, Hervé, Monnin, Duchaine, Clarot, Le Marc-Badour, Ballenghien, Clerval, Roux, Sans, Pinçonnat, Conte, Vacher, Wickam, Chaker, Desroches, Hudelot, de Souza-Leite.

Facultés et Écoles des départements.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Sont chargés de cours complémentaires jusqu'à la fin de la présente année scolaire : MM. les agrégés Pousson (clinique des maladies des voies urinaires) et Boursier (clinique des maladies des femmes).

Faculté de médecine de Lille. — M. le Dr Dutilleul est institué, pour une période de trois ans, à partir du 1er janvier 1891, chef de clinique ophtalmologique.

Faculté de médecine de Nancy. — M. le Dr Frœlich est institué, pour une période de trois ans, à partir du 16 décembre 1890, chef de clinique chirurgicale. Un congé, sans traitement, lui est accordé pendant la présente année scolaire, et M. le docteur Etienne est chargé, pendant ce temps, des fonctions de chef de clinique chirurgicale.

Sont maintenus, pour un an, à dater du 1er janvier 1891, dans les fonctions de chef de clinique : MM. les Drs Baushalter (clinique médicale) et Knœpfler (clinique ophtalmologique).

École de médecine de Besançon. — M. le Dr Saillard, professeur de clinique chirurgicale, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite école.

École de médecine de Marseille. — M. le Dr Boinet, agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé professeur de pathologie interne et de pathologie générale.

Concours pour le bureau central (CHIRURGIE). — Ce concours sera ouvert le samedi 21 mars 1891 à midi.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leur titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 23 février 1891, et sera clos définitivement le samedi, 7 mars, à trois heures.

Corps de santé militaire. — Ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de 2e classe. — M. Pernod, médecin principal de 2e classe retraité.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — Les médecins-majors de 1re classe retraités :

MM. Biaulès, Galzain.

Témoignages de satisfaction. — Le ministre de la guerre accorde un témoignage de satisfaction, pour le dévouement dont ils ont fait preuve, en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie ainsi que leurs familles, aux médecins dont les noms suivent :

MM. Jouanin, à Moulins-Engilbert. — Rayssac, à Remoulins. — Gourdan-Fromentel, à Champlitte. — Péricat, à Seurat. — Carassus, à Milly. — Mennesson, à la Capelle. — Laborie, à Maurs. — Guigon, à Vauvert. — Lhoste, à Montfort-l'Amaury. — Bimbard, à Ahun. — Goutay, à Maringues. — Lecornu, à Pont-l'Évêque. — Loncle, à Maule. — Trouche, à Lesparre. — Sagnier, à la Grand'Combe. — Mercier, à Gamaches. — Resal, à Dompaire. — Forichon, à Montet-aux-Moines. — Reynaud à Nîmes. — Fauchet, à Saint-Vivien. — Fuzet du Ponget, à Casteljau. — Ravier, à Morteau.

Corps de santé de la marine. — A été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin principal.

M. Boulain, médecin principal de la marine en retraite.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1891, n° 8.

(2) Kelsch. *La Pathologie dans les milieux militaires.* (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, 1891, p. 124.)

(3) *Gazette hebdomadaire*, 1891. n° 6.

An grade de médecin de 2e classe. — M. Thérémin, médecin auxiliaire de 2e classe de la marine.

— En vue de pourvoir aux vacances de la chaire de médecine militaire et navale, à l'École de Brest, et de celle de petite chirurgie, à l'École de Rochefort, le ministre a décidé :

1° Que M. le médecin principal Guyot, qui est chargé actuellement de l'enseignement de la petite chirurgie à l'École de Brest, occupera la chaire de chirurgie militaire et navale, à la dite École.

2° Qu'un concours pour deux emplois de professeur de petite chirurgie, s'ouvrira à Rochefort, le lundi, 6 avril prochain. Les médecins de 1re classe seront seuls admis à prendre part à ce concours.

La Faculté de médecine de Toulouse. — La commission d'enseignement supérieur, composée de MM. Bouchard et Brouardel, chargée d'examiner, au point de vue technique, les divers services affectés plus spécialement aux études médicales dans la nouvelle Faculté de Toulouse, a terminé ses travaux.

Comme la nomination du personnel ne saurait plus guère tarder, la Faculté de médecine sera en état de fonctionner normalement après les congés de Pâques.

Prix de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux. — Les prix J. Dubreuilh et Fauré devant être décernés en 1892, la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux a choisi les questions suivantes :

Prix Dubreuilh (400 fr.) — Traitement des accidents septicémiques de l'accouchement et des suites de couches.

Prix Fauré (300 fr.). — De différents moyens de garantir du froid les classes pauvres et de prévenir les accidents causés par le froid.

Les mémoires écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, *francs de port*, à M. G. Sous, secrétaire général de la Société, 53, rue des Trois-Conils, jusqu'au 29 février 1892, limite de rigueur. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir.

Association médicale mutuelle du département de la Seine. — Cette Association a tenu dimanche dernier sa quatrième assemblée générale annuelle sous la présidence de son fondateur, M. le Dr Gallet-Lagoguey. Dans son allocution, le président se félicite de la marche régulièrement ascendante de l'œuvre. 41 admissions nouvelles en 1891 portont à 191 le nombre des sociétaires. Depuis sa fondation, l'Association a payé, pour indemnités de maladie, la somme de 14,767 francs. Son avoir qui, au 12 janvier 1890, était de 30,104 fr. 95, est, au 31 décembre de la même année, de 43,219 fr. 25.

L'Association médicale mutuelle a inspiré à la fois de la sympathie et un certain degré de scepticisme sur le résultat de l'œuvre qu'elle a entreprise. La sympathie lui restera acquise ; pour convaincre les sceptiques, elle n'a qu'à marcher dans la voie qu'elle parait avoir si heureusement inaugurée.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

HYDROLOGIE

DES

EAUX MINÉRALES PURGATIVES

Quels sont, parmi les purgatifs salins, les plus efficaces, les mieux tolérés, ceux dont l'administration peut être réitérée, dans certaines limites du moins, sans faire courir de risques à l'organisme ? A cet égard, la physiologie et la clinique, la pratique journalière des médecins nous montrent surabondamment que ce sont les eaux minérales, naturelles, purgatives dont le type le plus achevé nous semble être l'eau de Rubinat, la plus riche en principes minéralisateurs utiles.

Les eaux minérales purgatives ne font pas exception à la règle ; elles sont à la fois mieux tolérées par l'organisme, fatiguent moins l'estomac et peuvent être employées plus souvent et à de plus courts intervalles que les sels purgatifs. Mais leur composition chimique ne saurait nous être indifférente ; si elle n'est pas tout, elle est du moins un facteur important dans leur efficacité ; il est nécessaire qu'elles contiennent une grande proportion de sels purgatifs, et c'est pourquoi nous considérons l'eau de Rubinat comme leur type le plus parfait. Il n'y a point de comparaison en effet à établir entre cette eau pyrénéenne, sortant pure et limpide de la roche primitive, et les eaux allemandes et autrichiennes, si prônées dans ces derniers temps. L'eau de Rubinat, ainsi que le constate le rapport de l'Académie de médecine, contient en effet 103 grammes de sels par litre d'eau, dont 96 grammes de sulfate de soude et 3 grammes de sulfate de magnésie. Les eaux de Pullna, de Birminstorf, et les autres qui nous viennent d'Outre-Rhin, ne contiennent guère que la moitié de cette quantité. Il en résulte pour Rubinat l'avantage d'agir à dose beaucoup plus faible, un demi-verre que l'on prend le matin à jeun, en le coupant au besoin avec de l'eau sucrée ou du thé léger. Suivant son tempérament, on gradue aussi l'énergie de la purgation, et on n'est pas condamné, comme avec l'eau de Sedlitz, à absorber de grandes verrées d'un liquide aussi désagréable. C'est un avantage bien apprécié de la clientèle qui a ainsi sous la main un purgatif énergique que l'on peut mitiger à volonté, le réduire même à l'état de simple laxatif dans le cas où l'on a besoin d'en faire usage plusieurs fois par semaine contre une constipation opiniâtre, la véritable maladie de notre époque.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. DE RANSE**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).

REVUE GÉNÉRALE

CONSIDÉRATIONS SUR L'ARTHRITISME DANS SES RAPPORTS AVEC LE NERVOSISME (1).

Par Georges Lemoine (de Lille) et Huyghes.

I

« On peut considérer l'arthritisme comme formant un arbre dont les principaux rameaux sont la goutte, le rhumatisme articulaire, certaines formes de migraine, des affections cutanées, etc. De l'autre côté un arbre nerveux comprend la neurasthénie, l'hystérie, l'épilepsie, la paralysie générale, l'ataxie locomotrice, etc. Les deux arbres sont voisins, ils communiquent par les racines et ils ont des relations tellement étroites qu'on peut se demander quelquefois si ce n'est pas le même arbre. »

C'est ainsi que s'exprime Charcot dans une de ses leçons, et c'est par cette comparaison si heureuse qu'il indique combien sont étroites les relations qui existent entre l'arthritisme et les maladies nerveuses.

Cette phrase, qu'il jette incidemment, sera sans aucun doute le point de départ de travaux nombreux et permettra, grâce à eux, de pénétrer la pathogénie si obscure des maladies nerveuses. Plus loin, il montre que ce que l'on croyait être de l'hérédité nerveuse n'est bien souvent que de l'hérédité arthritique, et que, selon son expression, « un sujet atteint de névropathie doit être considéré seulement comme un épisode d'une maladie qui atteint toute une série de générations, et qui se manifeste chez chacune d'elles par une forme clinique différente ». C'est ainsi que l'on voit, dans la même famille, les affections cutanées telles que l'eczéma se transformer en goutte ou en rhumatisme chez les descendants immédiats, puis en migraine, en épilepsie, en chorée, en paralysie générale, etc. sur une troisième et quatrième génération. C'est la même diathèse qui se transforme presque à l'infini, et, s'il était donné au médecin de suivre la maladie d'une famille, comme il suit celle d'un malade, il la verrait évoluer lentement, avec des transitions insensibles d'un malade à un autre, comme il voit évoluer et se transformer sur un seul individu une de ses manifestations quelconques.

Dans le même ordre d'idées nous pouvons encore citer cette phrase de Charcot : « Il y a, chez certains malades, une conjonction de deux tendances qui se donnent la main : eczéma, migraine et rhumatisme d'un côté, et toute la série nerveuse de l'autre, chorée, somnambulisme, etc. C'est ce que je cherche à faire prévaloir dans mon enseignement. Il ne faut jamais s'arrêter à un épisode, il faut lire l'histoire non seulement d'un individu, mais encore celle de sa famille ».

Cette parenté entre les manifestations arthritiques et les affections nerveuses, sur laquelle Charcot a de nos jours attiré l'attention à nouveau, n'avait pas échappé aux médecins du siècle dernier, alors que les théories humorales dominaient encore. Il y a longtemps que l'on a signalé les rapports de certains états nerveux avec la diathèse arthritique. Boissier de Sauvages a décrit une goutte à forme mélancolique, et peu de temps après Lorry et Musgraves attiraient encore l'attention sur la coïncidence de ces deux états. Barthez insiste longuement sur la présence de l'hypochondrie et de l'hystérie chez les rhumatisants et les goutteux. Pinel a dénoncé l'arthritisme comme pouvant simuler toutes sortes d'affections nerveuses et plus récemment Baillarger a écrit : « J'espère qu'on constatera bientôt que des rapports très étroits existent entre le rhumatisme et toutes les névroses, sans en excepter la folie ».

Plus récemment encore, Marcé (1860), dans un mémoire sur l'état mental dans la chorée, parle d'une folie rhumatismale et en cite des exemples ; en 1885, M. Berthier a publié, sur les névroses diathésiques, un travail dans lequel il cite un grand nombre de faits à l'appui des relations des maladies nerveuses avec le rhumatisme, la goutte, les dartres, la syphilis, la scrofule, etc.

Mais là où nous trouvons les renseignements les plus circonstanciés sur ces rapports, c'est dans le remarquable travail du Dr Sénac, de Vichy, sur la diathèse congestive, nom qu'il donne à la diathèse arthritique. Cet auteur qui, par sa situation de médecin consultant dans une station thermale où l'on soigne surtout des diathésiques, a pu étudier toutes les transformations de l'arthritisme, insiste longuement sur ses manifestations nerveuses. Sénac donne une très grande importance, et nous sommes en cela complètement de son avis, aux manifestations congestives qui se produisent à chaque

(1) Bazin. *Leçons sur les affections cutanées de nature arthritique*, 1860. — Besnier. Art. Rhumatisme in *Dict. encyclop.* — Lancereaux. *Traité de l'herpétisme.* — Sénac. *De la diathèse congestive*, 1882-84. — Axenfeld et Huchard. *Traité des névroses.* — Charcot. *Leçons du mardi.* — Grasset. *Maladies du système nerveux.* — Régis. *Gazette de médecine de Paris*, 1887. — J. Teissier. *Épilepsie arthritique* (Société de médecine, Lyon, 1885). — Lemoine. *Paralysie générale arthritique* (Congrès international de médecine mentale, 1889). — Pierret, *id.* 1889. — Charpentier. *Intoxications et paralysie générale*, 1890. — Huyghes. (Thèse de Paris, 1890). — Boinet. *Des parentés morbides* (Thèse d'agrégation, 1883). — Deligny. *Des troubles nerveux chez les arthritiques* (*Lyon médical*, 1886.)

instant sur les divers systèmes physiologiques chez les arthritiques. C'est à ces poussées congestives qu'il attribue le nervosisme habituel et les diverses névroses, ainsi que les maladies organiques nerveuses qui se voient chez eux; quand, chez un arthritique, il existe une tendance particulière à des congestions vers un organe, cet organe souffre plus que les autres; si c'est vers le foie, il présentera des manifestations hépatiques; si c'est vers la peau, il sera un dartreux; si c'est vers l'encéphale, il sera un névropathe. On voit par conséquent que l'auteur, non content de constater les associations intimes qui existent entre les phénomènes arthritiques et nerveux, cherche en outre à indiquer quel est le mécanisme de leur production. Cette théorie, fort ingénieuse et reposant sur des faits bien observés, paraît fournir une explication juste dans bien des cas, et nous l'acceptons dans une large mesure.

Depuis quelques années, cette question suscite de nombreux travaux sans cependant être nulle part étudiée dans son ensemble. On en est encore à la période documentaire et chacun se contente de noter et de publier les cas particuliers qu'il rencontre. En 1885, le professeur J. Teissier, de Lyon, communique à la Société de médecine de cette ville une note sur l'épilepsie arthritique. Il fait remarquer qu'aucun auteur n'indique l'arthritisme comme cause de l'épilepsie, mais que cependant il a observé des cas où cette étiologie paraissait avoir existé. Il pense que bien des cas d'épilepsie survenue à un âge relativement avancé reconnaissent l'arthritisme comme origine. Nous avons nous-même observé dans les asiles des cas de ce genre où l'épilepsie paraissait non seulement d'origine rhumatismale, mais encore était heureusement influencée par le traitement général de la diathèse.

En 1887, Régis publie dans ce journal un cas de paralysie générale chez un arthritique atteint de maladie de Dupuytren. Cet auteur a du reste depuis assez longtemps fixé son attention sur la paralysie générale arthritique et il se montra partisan résolu des idées que nous développâmes sur cette étiologie au Congrès international de médecine mentale en 1889. Dans cette communication, nous avons rappelé comment l'arthritisme, par ses poussées congestives, amène des perturbations fréquentes dans la circulation cérébrale, et comment aussi, en favorisant la formation dans l'organisme de produits de désassimilation incomplètement oxydés, il empoisonne lentement le sang et les parenchymes. Nous avons conclu de ces prémisses que la paralysie générale a une cause humorale et qu'elle est le résultat d'un trouble général de la nutrition, quand elle est liée à l'arthritisme. De même que le plomb, en circulant dans les vaisseaux sanguins, amène de l'endartérite chronique et dans quelques cas une pseudo-paralysie générale saturnine, de même les produits irritants qui encombrent les humeurs des arthritiques produisent une endartérite semblable et une localisation cérébrale du même ordre. Cette façon de concevoir la paralysie générale comme une maladie causée par la présence dans le sang de produits nocifs, est partagée par M. Charpentier dans un excellent travail ayant pour titre : *Intoxications et Paralysie générale.*

Pour en revenir aux troubles nerveux de tout ordre observés chez les arthritiques, nous devons encore citer un mémoire de M. Deligny, de Toul, où nous trouvons quatre observations intéressantes de néropathes arthritiques. En résumé, entrevues par beaucoup, les relations de cause à effet entre l'arthritisme et le nervosisme n'ont jamais été longuement signalées, sauf peut-être dans notre communication sur la paralysie générale arthritique. Nous allons chercher à les mettre en relief en commençant par montrer comment l'arthritisme modifie la nutrition générale et surtout celle du système nerveux.

II

L'arthritisme est difficile à définir, car c'est un terme des plus compréhensifs et auquel chacun a donné une interprétation particulière. Bazin, qui a en quelque sorte fait entrer ce terme dans le vocabulaire médical, définissait l'arthritisme : « une maladie constitutionnelle, non contagieuse, caractérisée par la tendance à la formation d'un produit morbide (le tophus) et par des affections variées de la peau, de l'appareil locomoteur et des viscères, affections se terminant généralement par résolution. »

Une telle définition est mauvaise, d'abord parce qu'elle ne cherche pas à nous éclairer sur la nature de la maladie, puis parce qu'elle ne renferme pas l'énumération complète des divers états dont l'ensemble constitue le tableau symptomatique de l'arthritisme. Nous ne chercherons pas ailleurs une autre définition et nous nous contenterons de dire, avec Bouchard, que l'arthritisme est un vice général caractérisé par un ralentissement de la nutrition. Il est constitué par la somme d'une foule de manifestations, qui toutes appartiennent à un cycle arthritico-nerveux dans lequel se trouvent côte à côte la migraine, l'épilepsie, la goutte, l'hystérie, le rhumatisme, le diabète, etc. Il comprend aussi l'athéromasie précoce, les artérites avec angine de poitrine, le tout en raison d'inflammations de nature et de siège particuliers (Pierret).

Si la recherche d'une définition de l'arthritisme ne nous apprend rien sur sa nature, l'étude de la façon dont il évolue nous donne des renseignements précieux sur ses effets; elle nous montre qu'il est caractérisé surtout par une tendance aux congestions locales, qui, chez les arthritiques héréditaires, s'installe dès la première enfance pour se continuer à un degré plus fort dans le cours de la vie adulte et jusqu'à la vieillesse. Cette tendance est si marquée qu'elle semble constituer l'essence même de l'arthritisme; aussi Cazalis propose-t-il de rejeter ce terme et de désigner la diathèse arthritique du nom plus significatif de *diathèse congestive.*

Sénac (de Vichy), auquel on doit de remarquables travaux sur les arthritiques, adopte la dénomination de Cazalis et fait une étude magistrale de la marche et des symptômes de la diathèse congestive. C'est à lui que nous emprunterons, du reste, une partie de ce qui va suivre, et nous ne pouvons mieux étayer notre argumentation qu'en l'appuyant sur le dire d'un observateur aussi consciencieux que lui.

« Le caractère fondamental de la diathèse congestive et des affections symptomatiques auxquelles elle donne lieu, nous paraît consister en une modification des conditions normales de la circulation. Cette modification se traduit par des mouvements fluxionnaires, par des poussées congestives plus ou moins marquées et plus ou moins durables. Ce caractère est appréciable, surtout dans la période d'état de la diathèse. C'est pendant cette phase de l'arthritis qu'il acquiert son summum d'intensité. Très évident, lorsque le siége de l'affection est accessible à nos sens, il le devient beaucoup moins, si la maladie a son siége sur des organes internes. L'acte congestif de l'arthritis a des caractères assez tranchés pour figurer dans la détermination de cette diathèse. Telles sont, par exemple : la mobilité extrême et la facilite avec laquelle ces congestions se déplacent en se remplaçant ; leur tendance à ne pas se terminer par des inflammations suppuratives ; leur apparition à des époques presque fixes, donnant lieu aussi à la périodicité; enfin la marche de ces poussées congestives, qui deviennent de plus en plus graves et moins mobiles à mesure que l'arthritis

se prononce et vieillit, soit chez l'individu, soit dans sa famille.

« Le processus congestif constitue, pour nous, l'élément caractéristique le plus important dans la séméiologie de l'arthritisme, on en constate facilement l'existence, et cela peut suffire jusqu'à un certain point aux besoins de la pratique, mais il ne faut pas se le dissimuler, la congestivité n'est elle-même qu'un résultat dont la force déterminante est fort obscure. L'intelligence humaine pourra-t-elle un jour remonter jusqu'à ces causes premières dont la compréhension nous échappe aujourd'hui? Il est permis d'en douter. »

C'est cette congestivité qui a trop souvent échappé à ceux qui ont étudié les manifestations arthritiques Et pourtant, on la retrouve partout. Tantôt elle se traduit à la peau par des éruptions d'aspect variable selon les prédispositions individuelles; tantôt elle se prononce vers les organes internes soit sur les viscères abdominaux, soit sur l'appareil respiratoire, soit sur le système nerveux; chaque arthritique a son type congestif particulier, c'est le point de son organisme qui est le moins résistant, par suite de conditions héréditaires ou acquises, sur lequel se porte particulièrement l'effort congestif; chez l'un c'est le foie, chez l'antre ce sont les reins (lithiases hépatique et urinaire), chez un troisième c'est le système nerveux (neuro arthritisme, névroses). Les fluxions articulaires, rhumatismales ou goutteuses, constituent; chez d'autres sujets, le type fluxionnaire spécial. Mais, quel que soit l'organe ou le tissu atteint, il l'est toujours par des bouffées congestives mobiles et passagères. C'est de l'étude des arthritiques que la théorie des métastases est née, car chez eux l'on voit à chaque instant une fluxion centrale apparaître au moment où une fluxion cutanée disparaît, et inversement : notions utilisées en thérapeutique pour dégager un point important compromis, aux dépens d'un autre, de moins grande importance.

Par suite de ces congestions fréquentes, ou en vertu d'une cause générale encore ignorée, la nutrition générale des arthritiques est profondément viciée. Chez eux, les combustions organiques qui ont pour objet de transformer les produits de déchet en matières facilement excrétables, se font incomplètement; c'est ainsi, par exemple, qu'au lieu de transformer une partie de ces matières en urée, produit achevé, et dont l'élimination par le rein se fait sans dommage pour celui-ci, il les transforme seulement en acide urique, c'est-à-dire en un produit qui correspond à un des stades de formation de l'urée et qui serait devenu de l'urée si son oxydation s'était poursuivie; par conséquent, au lieu de former des sels neutres, l'économie crée des produits acides. Ce fait a la plus grande importance, car le passage dans le sang de matières acides équivaut à la présence de produits irritants dont l'action se fait à la longue sentir sur les parois des vaisseaux. Tantôt c'est l'acide urique, comme dans la goutte, tantôt c'est l'acide lactique comme dans le rhumatisme, tantôt encore des produits mal déterminés qui circulent dans le sang.

Les résultats de la présence de ces matières irritantes dans le sang sont les mêmes que ceux qui se produisent lorsqu'un produit étranger, tel que l'alcool, le plomb, l'arsenic, le mercure, etc., est introduit dans l'économie et circule avec le sang dans les vaisseaux. A la longue, ils irritent les parois vasculaires et produisent soit de l'endartérite, soit de l'inflammation chronique de la tunique externe des vaisseaux. Cette sclérose vasculaire est le point de départ d'une sclérose envahissante dans les parenchymes voisins, sclérose qui écrase les éléments nobles ou empêche leur nutrition de se faire convenablement. Ce sont les vaisseaux sanguins artériels ou veineux qui, ayant subi les premiers des modifications de structure peu active d'un élément morbide général, deviennent les centres d'irradiation de la prolifération conjonctive.

C'est à des conclusions semblables que s'est arrêté H. Martin, quand il dit : « La tunique interne de la plupart des artérioles de l'organisme est soumise, pendant toute la durée de l'existence, à des causes d'irritation qui l'enflamment, l'épaississent et entraînent consécutivement une diminution proportionnelle de la quantité de sang en circulation. Il en résulte alors une diminution progressive dans l'apport des matériaux nutritifs aux viscères, une atrophie des éléments nobles ou fonctionnels et le développement du tissu conjonctif. » (*Revue de médecine*, 1881).

Cette sclérose, qui est le résultat d'une intoxication lente, en tout semblable, nous ne saurions trop le répéter, dans ses causes comme dans ses résultats, à l'intoxication par l'alcool ou par le plomb, peut frapper le système vasculaire dans son entier et amener de l'artério-sclérose généralisée. Mais, dans bien des cas, quoique plus ou moins étendue, la sclérose atteint d'une façon plus particulière les organes qui sont habituellement le siège de congestions arthritiques. C'est le *locus minoris resistentiæ*, auquel nous avons fait allusion il y a un instant et qui existe chez tout arthritique, qui se sclérose le plus facilement. En ce qui concerne plus particulièrement la thèse que nous voulons soutenir, c'est le système nerveux qui est le plus atteint, lorsque l'arthritique est prédisposé aux bouffées congestives de ce côté; les vaisseaux cérébraux s'épaississent plus que les autres, et la gangue conjonctive qui se forme autour d'eux envahit profondément la névroglie. Il est inutile de dire que lorsque l'arthritisme en est arrivé à cette période de son évolution, il finit par engendrer des affections nerveuses qui ne semblent avoir aucun rapport avec lui, telles que la paralysie générale, l'ataxie locomotrice, etc. Elles se développent par le mécanisme que nous venons d'indiquer.

La question se présente encore sous une autre face; les arthritiques sont bien souvent des dyspeptiques, ils ont fréquemment de la dilatation de l'estomac et des troubles des fonctions intestinales. Leur estomac est paresseux, leurs digestions sont lentes et la constipation est presque de règle chez eux. Aussi ce sont des gens qui s'intoxiquent sans cesse par la résorption des produits toxiques qui séjournent trop longtemps à la surface de leurs voies digestives, et dont le sang et la lymphe charrient des poisons solubles en plus grande quantité que chez les personnes indemnes de la diathèse. Comme conséquence, les tissus et les organes s'imprègnent de ces poisons que les liquides nourriciers leur apportent, leur nutrition en est viciée et leurs fonctions en sont altérées.

Cela ne serait rien encore si le foie et les reins des arthritiques fonctionnaient convenablement; malheureusement il n'en est pas ainsi. En effet, on sait que le foie a pour mission d'emmagasiner les poisons qui lui sont apportés par la veine porte, et d'empêcher leur diffusion trop rapide dans l'organisme; il joue le rôle d'un appareil régulateur qui retient les toxiques et ne leur permet qu'un écoulement lent, pour empêcher que leur invasion trop brusque dans le sang ne provoque une intoxication aiguë. Quand le foie ne joue ce rôle que de temps à autre, à l'occasion d'intoxications passagères, il le remplit convenablement et sans grand dommage pour lui, mais si l'intoxication se répète chaque jour, il finit par s'user lentement et à force de s'être sacrifié pour sauver les autres organes, il ne peut plus accomplir sa mission. Le premier, il subit l'imprégnation des matières irritantes, le premier il se sclérose, mais une fois atteint de sclérose, il devient incapable de retenir les produits nocifs qui continuent à lui arriver et il laisse l'organisme s'empoisonner lentement.

Dès que le foie ne fonctionne plus normalement, et c'est ce qui arrive fréquemment chez les arthritiques, dont l'auto-intoxication perpétuelle lui donne un travail supplémentaire, les centres nerveux sont atteints par les poisons qu'il laisse passer. Alors commence une lente imprégnation toxique du cerveau qui altère sa nutrition, entrave le fonctionnement de ses cellules, et peut, selon les dispositions du sujet, provoquer l'apparition soit simplement d'un caractère névropathique, soit de névroses, soit de maladies organiques.

Comme l'a dit le professeur Pierret (Congrès de médecine mentale, Paris 1889), les arthritiques sont des individus qui font de la manvaise chimie et qui de plus sont soumis à des intoxications secondaires. C'est par là que se réalise la seconde condition pathogénique des troubles nerveux chez les arthritiques : cette condition c'est l'auto-intoxication secondaire.

De cet exposé sommaire il résulte que l'arthritisme se caractérise essentiellement par la fréquence des congestions locales et par la formation ou la rétention de produits de désassimilation, véritables poisons qui intoxiquent lentement le système nerveux.

C'est dans la fréquence de ces bouffées congestives vers le cerveau ~~et dans cette auto-intoxication~~ qu'il faut rechercher l'origine des troubles nerveux si fréquents chez les arthritiques; ces troubles sont plus ou moins accusés selon les malades, ils vont de la simple irritabilité de caractère jusqu'aux maladies nerveuses les plus profondes, en passant par la neurasthénie et les névroses.

Pour bien le comprendre, il faut considérer l'arthritisme comme une maladie dont le cycle nerveux n'est complet qu'après avoir frappé plusieurs générations d'une même famille; la première génération atteinte peut par exemple ne présenter comme trouble nerveux que de l'hypochondrie, tandis que la seconde présentera de l'hystérie ou toute autre névrose, et la troisième une maladie à racines plus profondes, paralysie générale, ataxie, etc.

(*A suivre.*)

CLINIQUE MÉDICALE

PATHOLOGIE, SYMPTOMES ET TRAITEMENT DE L'ANÉMIE

Par le Dr Stephen Mackenzie, médecin du London Hospital.

(*Conférences faites devant la Société médicale de Londres.*)

SECONDE CONFÉRENCE

(*Suite*) (1).

Avant de décrire les symptômes de l'anémie, je m'arrêterai un instant sur une forme d'anémie secondaire qui a d'importants rapports avec la pathologie de l'anémie en général, je veux dire l'hémoglobinurie paroxystique. Nous devons au Dr Copeman des observations précieuses sur les modifications du sang dans cette remarquable affection. Il a montré que dans les accès il peut se produire une baisse de globules rouges variant de 129.000 à 824.000 par millimètre cube; ce dernier chiffre s'est trouvé réalisé dans un accès qui n'avait duré qu'un quart d'heure. En même temps le pourcentage de l'hémoglobine tombe à 53 ou même 49. Des modifications importantes apparaissent également dans la disposition et la forme des globules; la disposition en piles de monnaie se trouve perdue plus ou moins complètement, et la poikilocytose s'observe alors. Le fait que des changements aussi rapides peuvent se produire dans la forme des globules est d'une extrême importance, et tend à démontrer que les phénomènes de poikilocytose observés dans d'autres formes d'anémie sont probablement dus à des altérations de destruction.

(1) Voir les numéros du 24 et du 31 janvier.

Symptômes de l'anémie. — Toutes les fois qu'une hémorrhagie de quelque importance a lieu, il y a réduction du volume total du sang, olighémie. L'eau est bientôt remplacée par le plasma provenant du système lymphatique, l'albumine perdue et les sels sont rendus par les aliments; mais la perte globulaire qui porte surtout sur les globules rouges subsiste un certain temps. Leur nombre continue à tomber pendant quelques jours. Dans à peu près toutes les formes d'anémie, l'oligocythémie existe; et parmi les anémies primitives, il n'est guère que dans la chlorose où elle ne se produise pas nécessairement. L'abaissement le plus considérable est constaté dans l'anémie pernicieuse, dans l'anémie traumatique et dans quelques autres espèces d'anémie dues à l'existence de tumeurs malignes. Hayem cite un cas d'hémorrhagie post-puerpérale où le nombre des globules est tombé à 850 000 (17 pour cent); Quinquaud, un cas de purpura avec 740.000 globules seulement; Hérard, un autre cas avec 620.000; et moi-même, j'ai publié une observation de même nature où la veille de la mort je n'ai pu trouver que 290.000 globules, soit 5,8 pour cent. Jusqu'où cet abaissement peut-il aller sans que la mort n'arrive à sa suite? Je pense que nous pouvons fixer à 7,8 pour cent la limite extrême qu'il peut atteindre sans que la mort n'en soit le résultat certain. Il est commode, pratiquement parlant, d'avoir une échelle des degrés de l'anémie; celle-ci commence quand les globules rouges sont réduits à 80 pour cent; elle se dessine nettement entre 65 et 50, devient grave à 50, très grave à 35, et mortelle à 7,5 pour cent. J'ai déjà signalé, dans un autre travail, qu'au dessous de 50 pour cent il se manifeste une tendance aux hémorrhagies, à la pyrexie et à d'autres conséquences sérieuses de l'anémie. Hayem a dressé une autre échelle beaucoup plus exacte, qui s'appuie sur la valeur physiologique du sang et sur la qualité individuelle des globules rouges.

Dimensions des globules. — Les dimensions extrêmes sont plus éloignées dans l'anémie qu'à l'état de santé. Les microcytes, globules variant de 2, 5 à 4 μ, et les mégalocytes, variant de 9 à 16 μ, se rencontrent dans toutes les formes d'anémie, primaires ou secondaires. Les corpuscules d'Eichorst sont des microcytes de coloration foncée qu'Eichorst pensait d'abord être particuliers à l'anémie pernicieuse, mais que de nombreux observateurs ont démontré être également présents dans d'autres variétés, ou être absents parfois dans l'anémie pernicieuse. Ils se rencontrent cependant le plus souvent dans cette dernière affection. Les « Poikilocytes », nom donné par Quincke aux globules déformés de diverses façons, existent dans toutes les formes d'anémie, mais en nombre plus considérable dans l'anémie pernicieuse; ces globules peuvent affecter la forme de poire, de raquette, de baguette ou d'autres formes courbées et irrégulières. L'on voit aussi parfois des globules à noyau dans le sang anémique. Ces modifications d'apparence montrent que des altérations se sont produites dans le sang, altérations formatrices ou destructives; mais les observations de Boas et de Copeman dans l'hémoglobinurie paroxystique doivent nous mettre en garde sur les interprétations que l'on a émises sur leur cause. Les globules blancs ne sont pas plus nombreux dans l'anémie ordinaire; ils peuvent l'être cependant quelque temps avant la mort. J'ai déjà parlé de la teneur en *hémoglobine* dans ma première conférence; j'ajouterai seulement que l'abaissement, dans le cancer, de la ri-

chesse du sang en hémoglobine, est quelquefois bien au-dessous de celui du nombre des globules.

Hémorrhagies. — Il y a dans l'anémie une prédisposition aux hémorrhagies externes et interstitielles. Parmi les premières, les épistaxis, les métrorrhagies, les saignements gingivaux, sont les plus communs; et parmi les secondes, les hémorrhagies rétiniennes et sous-cutanées. Les hémorrhagies rétiniennes n'ont point l'importance qu'on leur a autrefois attribuée, et j'ai démontré qu'elles dépendent non de la nature de l'anémie, mais de son degré. L'abaissement en nombre des globules a plus d'influence dans leur production que celui de l'hémoglobine, d'où leur fréquence dans l'anémie pernicieuse.

Appareil circulatoire. — L'anémie favorise la dilatation du cœur et donne naissance à des souffles que l'on peut entendre au niveau du cœur et des veines du cou. Eichorst a noté un souffle diastolique dans quelques cas d'anémie pernicieuse, souffle que MM. Ernest Sansom et Schrwald ont expliqué par la propagation vers le cœur du souffle des veines du cou entendu pendant la diastole.

L'on peut se rendre compte de la tension artérielle qu'ont signalée Broadbent, Sansom et Bramwell, par cette explication de Cohnhein que l'anémie est un excitant du centre vasomoteur. Dans les degrés les plus avancés de l'anémie, les artères n'offrent aucune résistance à la pression et paraissent vides dans l'intervalle des pulsations. L'œdème, dans l'anémie, est surtout due à l'insuffisance cardiaque (dont la cause est elle-même la dégénérescence graisseuse); mais l'hydrémie et l'hypo-albuminose jouent également un rôle favorable.

L'urine a été plus complètement étudiée dans l'anémie pernicieuse que dans toute autre forme; en général, elle est pâle et pauvre en sédiments. Il existe des troubles digestifs et des troubles nerveux, lesquels sont la caractéristique de l'anémie. La fièvre se manifeste dans toutes les formes graves, elle est souvent très élevée dans l'anémie pernicieuse; il en existe toujours un certain degré dans la chlorose.

Chlorose. — Duncan a démontré le premier que, dans la chlorose, le fait principal consiste en l'abaissement de la teneur du sang en hémoglobine, et les auteurs qui l'ont suivi ont constaté la vérité de ses observations. Dans quelques cas, que Laache propose d'appeler « pseudo-chloroses » il n'y a pas diminution du nombre des globules; dans d'autres qui seraient les « vraies chloroses », les globules aussi bien que l'hémoglobine sont en déficit, quoiqu'à un degré différent. La valeur globulaire est en général réduite à 0,50 ou 0,30, en prenant I comme normale. Dans les cas graves de chlorose, les globules rouges peuvent tomber à 937, 360, soit 18,7 0/0 (Hayem). Un caractère important des globules, en dehors de leur pauvreté en hémoglobine, est leur petite dimension, un très grand nombre d'entre eux variant de 3 à 6 μ.

La poikilocytose se manifeste dans les cas même peu graves, comme on a pu le constater par le dessin du sang d'une jeune fille âgée de 18 ans; il existait dans ce cas 85 0/0 de globules et 25 0/0 d'hémoglobine. Les hémorrhagies rétiniennes ne sont pas communes dans la chlorose, sauf le cas de lésions inflammatoires; mais la papillite et la papillo-rétinite sont comparativement fréquentes, surtout chez les hypermétropes. La chlorose fébrile ne se rencontre, selon Hayem, que lorsque la richesse en globules sains est au-dessous d'un million et demi; cependant l'on voit souvent de légers mouvements fébriles. La constipation est fréquente; mais en réalité elle est si fréquente chez de jeunes sujets non anémiques, que l'on en a bien exagéré l'importance comme cause. La chlorose est parfois héréditaire, et peut être congénitale, et les anomalies décrites par Virchow dans le cœur et les vaisseaux sanguins ont trait à des anomalies de développement. L'état du sang, sa pauvreté en hémoglobine, sa richesse comparative en albuminoïdes autres que ce dernier, l'évidente influence rénovatrice du fer, tout montre une hémogénèse défectueuse, une « hypopasie » du sang aussi bien que des vaisseaux sanguins (Immermann). Il y a peu ou point de signes de destruction du sang. Sur tous ces points nous sommes autorisés à considérer la chlorose comme résultant d'une formation défectueuse du sang, souvent associée à des troubles dans l'appareil génital, et dans certains cas, peut-être, due à ces mêmes troubles.

Très probablement ces deux ordres de faits sont dus à une faiblesse héréditaire ou acquise dans le développement des organes hématopoïétiques, faiblesse qui, promptement et judicieusement traitée, est de durée transitoire, mais, plus accentuée ou mal soignée, peut devenir une infirmité de longue durée.

Anémie pernicieuse. — Décrite pour la première fois par Addison dans ses leçons de 1843, publiées en 1853, elle était mal connue jusqu'aux travaux de Gusserow, en 1871, et de Biermer, qui lui donna le nom d'anémie pernicieuse progressive, et, en 1872, attira l'attention sur cette affection. Depuis, de nombreux auteurs ont étendu nos connaissances sur ce sujet, parmi lesquels nous devons citer particulièrement dans notre pays : Pye-Smith, Frederick Taylor, Coupland, et William Hunter. Ce dernier surtout a pénétré profondément dans la question depuis l'excellente monographie d'Eichorst en 1878. Le début est insidieux avec pâleur et faiblesse progressives, sans qu'il y ait amaigrissement. La densité spécifique du sang tombe de 1038 à 1028; son alcalinité est diminuée et les substances solides du sang grandement réduites. Les globules rouges ont été particulièrement étudiés. Leur propriété de cohésion est bien amoindrie, de telle sorte que la disposition en piles de monnaie ne s'observe plus. Leur nombre tombe extraordinairement bas, si bien que lorsqu'on vient à diagnostiquer la maladie, ils sont au dessous de 50 et même souvent de 30 0/0 (deux millions à un million et demi par millimètre cube). Dans les cas mortels, on les a vus descendre jusqu'à 370.000 par millimètre cube (Lépine), à 360.000 (Worm-Müller). Quincke a publié une observation où il n'y avait plus que 143.000 globules (2,8 0/0) sans que la mort s'en soit suivie.

L'on peut établir, d'une façon générale, que, dans les cas mortels, l'on n'en trouve plus que de 16 à 18 pour cent avant la mort. La poikilocytose est généralement très marquée et plus accentuée que dans la plupart des autres formes d'anémie. L'on trouve peu de globules normaux en dimension, ils sont en majorité plus grands, tandis que dans presque tous les cas se voient des microcytes (corpuscules d'Eichorst). Leur vulnérabilité est accrue, comme le démontre la séparation, dans quelques cas, de l'hémoglobine du stroma (Mackern et Davy, Bramwell), et la rapidité avec laquelle se forment les cristaux hématiques (Bond et Copeman). Leur teneur en hémoglobine est accrue dans la plupart des cas, de sorte que la valeur individuelle des globules est plus grande. Cette valeur est neutralisée, jusqu'à un certain point, par le fait que la quantité d'hémoglobine, se trouvant distribuée à un petit nombre de globules volumineux, est répartie sur une moindre surface que si, en même quantité, elle se trouvait contenue dans un plus grand nombre de globules de petite dimension.

Les hémorrhagies rétiniennes sont de règle, et la papillite s'observe parfois. Les pétéchies existent dans quelques cas, et fréquemment se manifestent des hémorrhagies externes telles

que épistaxis, écoulements sanguins gingivaux, métrorrhagies. L'on rencontre assez souvent, après la mort, des épanchements de sang sous les méninges et dans la substance cérébrale même. Les troubles de l'appareil circulatoire sont accentués. La pyrexie existe dans la pluralité des cas, à une époque quelconque de l'évolution, et la température peut atteindre 40° sans rester longtemps à une pareille hauteur. Quelques cas sont apyrétiques pendant toute leur durée.

L'urine présente des particularités qui, selon certains auteurs, sont de la plus haute importance au point de vue du diagnostic et de la pathogénie. Plusieurs d'entre eux (Fagge et Pye-Smith, Bristowe, Osler, Eichorst, Hunter, et Mott) ont fait remarquer que l'urine est quelquefois d'une coloration foncée due, selon Hunter, à la présence d'une grande quantité d'*urobiline pathologique*, tandis que Mott pense qu'il s'agit là d'*urobiline normale*. Hunter professe que l'excrétion d'une grande quantité d'urobiline pathologique est le signe évident d'une destruction excessive des globules rouges. Il a trouvé, dans les cellules et les cylindres rénaux contenus dans l'urine, des granulations pigmentaires, et, après la mort, des granulations pigmentaires semblables aux premières dans l'épithélium des tubes contournés; ces granulations seraient certainement hématiques, car elles se teintent en bleu par le ferro-cyanure de potassium et l'acide chlorhydrique. Hunter a constaté également une augmentation remarquable de fer dans l'urine, fait qui avait également été signalé par Finny, d'après les analyses du professeur Reynolds. L'on a déduit de très nombreuses théories de l'existence, dans cette affection, d'une urine foncée contenant une quantité énorme d'urobiline normale ou pathologique; aussi désiré-je d'abord éclaircir la question de savoir si cette urine foncée existe dans tous les cas d'anémie pernicieuse, au moins à un moment quelconque de son évolution.

Eh bien, nous avons constaté de nombreux cas, contrôlés par l'autopsie, dans lesquels jamais nous n'avons vu d'urine foncée, mais au contraire une urine ambrée ou couleur paille tout au cours de l'affection; en outre, d'autres observateurs ont fait la même remarque. Byrom Bramwell, dans un cas à issue fatale, dit que l'urine était « pâle »; Mott, « très pâle », dans un autre cas; « naturelle », dans quatre cas de Bramwell dont un fatal, ainsi que dans une autre observation de Musser. Eichorst l'a vue foncée parfois, mais généralement d'une belle couleur jaune. Dans quelques observation de Laache absolument minutieuses, l'on trouve un liquide urinaire toujours pâle. Je dois dire que mes propres observations n'étaient point spécialement dirigées sur ce point; mais nombre de ces observations ont montré que les urines ne sont pas toujours hautes en couleur. La même remarque est applicable aux autres auteurs. La couleur de l'urine, la nature des pigments y contenus, la proportion de fer qu'elles renferment sont des sujets sur lesquels les observateurs porteront dans l'avenir leurs recherches avec beaucoup de fruit. Il est fort possible que les cas dans lesquels l'urine est foncée constituent une catégorie bien distincte de celle où l'on trouve des urines claires.

Hunter, frappé de l'analogie du processus hémolytique de l'anémie pernicieuse avec celui que l'on produit artificiellement chez les animaux par l'action de la « toluylène-diamine », et surtout de l'effet spécial de cette substance sur le « sang porte », a été amené à conclure que le poison qui cause la destruction du sang est de nature cadavérique, produit dans l'appareil intestinal et résorbé dans cet appareil. Parti de cette hypothèse, il a institué des recherches fertiles en résultats, et a démontré que, dans un cas d'anémie pernicieuse, il s'était trouvé dans l'urine un excès considérable de sulfates aromatiques dérivés des substances protéïdes des matériaux alimentaires. Il a pu, en outre, retirer de cette urine deux ptomaînes identiques à la putrescine et à la cadavérine, obtennes l'une et l'autre de la viande putréfiée, et, de plus, une troisième ptomaïne, distincte des deux premières. La putrescine et la cadavérine ne sont point des poisons, mais ont cette importance capitale qu'elles proviennent d'une intervention bactérienne particulière, ce qui implique l'existence, dans l'anémie pernicieuse, de microorganismes tout à fait différents. Dans une observation du Dr Hunter, il se produisait de temps en temps une exacerbation des symptômes caractérisée par des phénomènes nerveux, de la pyrexie, des troubles intestinaux, et des signes manifestes d'une destruction hématique excessive, démontrée par une coloration intense des urines, la présence de pigments sanguins, des selles noirâtres, et, en général, une coloration tégumentaire d'un jaune foncé. Hunter se croit dès lors autorisé à dire que l'agent nécessité pour la détermination des symptômes spéciaux à cette forme d'anémie consiste dans le développement, sous des conditions favorables, d'organismes spécifiques dans le tube intestinal.

Ces conditions favorables sont celles que l'on rencontre dans les maladies organiques et dans les troubles fonctionnels propres à l'anémie. M. Mott n'admet pas qu'il y ait toujours une relation entre la pyrexie, la diminution des globules rouges et la coloration de l'urine. Voici ce qu'il écrit : « Il ne me semble rien moins que certain que cette théorie soit prouvée car, dans bien des maladies où il existe des ulcérations intestinales durant depuis des mois et des années, dans lesquelles le contenu intestinal est farci de microorganismes de toutes sortes, alors que tout est favorable à la résorption, il n'y a point d'apparition d'anémie pernicieuse.

« La constipation et l'anémie vont certainement de pair, et en guérissant la première, on améliore beaucoup la seconde; mais, dans certains cas d'empoisonnement fécal, le nombre des globules rouges n'est pas diminué. C'est la matière colorante qui ne se forme pas en quantité suffisante. »

L'état des organes après la mort, dans l'anémie pernicieuse, dénote l'existence de trois processus : 1° les effets de l'anémie : apparence exsangue de toutes les parties, sauf la rate dans quelques cas, dégénérescence graisseuse du cœur et des vaisseaux sanguins; 2° l'activité des organes cytogéniques, surtout de la moelle, que l'on trouve généralement rouge, vasculaire, et contenant des globules rouges à des degrés divers de développement, dans les points où elle est normalement jaune et graisseuse; 3° l'évidence d'hémolysis et de l'effort de l'organisme pour se débarrasser des résidus des globules rouges détruits. L'hémolysis est démontrée par la grande quantité de fer contenu dans le foie et quelquefois dans la rate; l'effet évacuateur se constate par le pigment sanguin que l'on retrouve dans l'épithélium rénal. Nous voyons donc clairement que, dans certains cas, la destruction du sang est bien réellement la cause de l'anémie pernicieuse.

La théorie de Hunter est si complète et si cohérente, elle reçoit tant de confirmation sur tous les points, que je ne puis m'empêcher de reconnaître son application et son exactitude dans certains cas. Dans les cas où l'on observe d'une façon continue l'urine pâle, dépourvue d'un excès d'urobiline normale ou pathologique, (si de tels cas existent), il faut trouver nécessairement des signes de destruction du sang ou d'une rénovation plus ou moins imparfaite de ce liquide. Ehrlich déclare que la dégénération et la régénération du sang marchent parallèlement dans l'anémie exempte de complication ; il suffit que l'un ou l'autre processus devienne prépondérant pour que cette anémie simple aboutisse à la guérison ou à l'anémie pernicieuse progressive.

(A suivre).

REVUE DES JOURNAUX

SYPHILIS

I. — La syphilis considérée comme maladie infectieuse, en se plaçant au point de vue de la bactériologie moderne, par le Dr E. Finger. (*Archiv. fur Dermatologie und Syphilis*, 1890, t. XXII, fasc. 3, p. 331.)

II. — Quand la syphilis devient-elle constitutionnelle, par le Dr B. Lasch. (*Ibidem*, 1891, t. XXIII, fasc. I, p. 61.)

III. — Sur la syphilis pharyngée contractée par les nourrices en donnant la bouillie a des enfants syphilitiques, par le Dr S. Ehrmann. (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1890 nº 18 et 19.)

IV. — Sur les chancres extra-génitaux, par le professeur Neumann. (*Ibidem*, nº 15.)

V. — Sur l'infection syphilitique extra-génitale, par le Dr von Broich. (*Archiv. fur Dermatologie und Syphilis*, 1890, t. XXII, fasc. 4, p. 497.)

I. — Dans un travail critique, Finger s'attache à faire application à la syphilis, considérée comme maladie infectieuse, de la doctrine nouvelle en bactériologie, qui consiste à établir une distinction entre les effets des microbes et les effets de leurs produits de désassimilation. C'est-à-dire que, passant en revue les manifestations de la syphilis aux différents stades de cette maladie constitutionnelle, l'auteur discute la question de savoir si ces manifestations sont occasionnées par le contage organisé lui-même, par le microbe, ou par ses produits de désassimilation. Il arrive à cette conclusion que les produits morbides des périodes primitive et secondaire se développent sous l'influence directe du microbe de la syphilis, sans d'ailleurs exclure toute intervention des produits chimiques fabriqués par ce microbe dans les tissus. Au contraire, l'immunité conférée contre le virus syphilitique par une première contamination, et qui subsiste déjà à la période des accidents primitifs est, suivant Finger, un effet de la présence, dans l'organisme, des substances chimiques fabriquées dans les humeurs et les tissus par le microbe spécifique. Il en est de même des troubles de l'état général et des troubles de la nutrition qu'on observe soit pendant la seconde période d'incubation, soit pendant la période des accidents secondaires, troubles dont l'intensité est loin d'être proportionnelle à la gravité des manifestations spécifiques du côté de la peau, par exemple. On s'expliquerait ainsi la prompte efficacité de l'iode contre ces troubles de l'état général, si on admet avec Finger que l'iode exerce une action antidote sur les produits chimiques fabriqués par le microbe de la syphilis, tandis que l'action du mercure s'exerce sur le virus organisé, sur la bactérie. La gravité des syphilis malignes serait imputable également aux produits toxiques fabriqués par le contage organisé; ces produits toxiques imprimeraient une évolution maligne aux déterminations locales de la syphilis, de la même manière que l'alcoolisme et le diabète prédisposent au phagédénisme.

L'auteur s'est occupé d'une façon spéciale de la question de l'immunité contractée après une première contamination syphilitique. Il développe les raisons pour lesquelles, suivant lui, cette immunité est exclusivement un effet de la présence des produits chimiques déposés par le microbe de la syphilis dans l'organisme infecté. Il s'élève contre l'opinion qui veut que cette immunité soit un signe de la persistance de la syphilis. Entre autres arguments, il invoque le fait que la mère d'un enfant syphilitique peut (loi de Colles) devenir réfractaire à la syphilis sans avoir contracté cette maladie, et cet autre fait que les enfants de parents syphilitiques (loi de Profeta) peuvent devenir réfractaires à la maladie, de la même façon. L'immunité acquise dans ces mêmes conditions ne peut s'expliquer que par une diffusion, à travers le placenta, des produits solubles fabriqués par les micro-organismes spécifiques. D'autres raisons sont invoquées par l'auteur en faveur de cette thèse comme quoi l'immunité contre la syphilis est liée à la présence des produits chimiques en question; ainsi, le fait que cette immunité subsiste déjà à la période des accidents primitifs, c'est-à-dire à une époque où la multiplication de l'agent pathogène est limitée au foyer des lésions primitives; cet autre fait que l'immunité survit longtemps à la présence de l'agent pathogène dans les humeurs et les tissus, et à son aptitude à provoquer des manifestations apparentes; en troisième lieu, le fait que l'immunité peut être transmise indépendamment de l'agent pathogène.

Quant à l'interprétation à donner du mécanisme de cette immunité, la question est à réserver. L'auteur se rallierait volontiers à une théorie chimique reproduisant dans ses traits essentiels la théorie du contact, de Liebig : de même qu'une quantité limitée d'acide oxalique est capable, suivant cette théorie, de décomposer une quantité illimitée d'oxamide en acide oxalique et en ammoniaque, de même une quantité limitée de toxine provoquerait la formation indéfinie de produits similaires aux dépens du virus organisé qui se régénère sans cesse.

Pour ce qui est des manifestations tertiaires, elles seraient exclusivement occasionnées par les produits chimiques de désassimilation déposés dans l'organisme du malade par la bactérie spécifique. La syphilis tertiaire serait, en quelque sorte une maladie consécutive, une cachexie laissée à sa suite par la syphilis virulente. Cependant l'auteur concède que, dans des cas rares, le virus organisé peut prendre une certaine part au développement des accidents tertiaires, ce qui concorde avec le fait bien connu que la virulence de la syphilis dépend plus de l'âge que de la forme des manifestations apparentes. Mais, en thèse générale, les accidents tertiaires sont causés par les produits chimiques fabriqués par la bactérie spécifique, et non par la bactérie elle-même.

A l'appui de cette opinion, l'auteur invoque : la rareté relative des accidents tertiaires, leur apparition tardive, la différence essentielle qu'on observe entre l'expression clinique de la période *virulente*, et celle de la période tertiaire; la non contagiosité de ces accidents, qui ne sont pas non plus transmissibles par voie d'hérédité; la possibilité d'une réinfection chez un sujet en puissance de la syphilis tertiaire; la réaction chimique différente à l'iode des manifestations de la période virulente et des manifestations de la période tertiaire, enfin le fait, qu'à l'instar de l'immunité, les manifestations tertiaires peuvent se développer sans manifestations primitives et secondaires préalables.

II. — Avant de poursuivre la solution du problème posé par M. Lasch, en ces termes : Quand la syphilis devient-elle constitutionnelle ? il importe de s'entendre d'abord sur la signification de ce dernier mot. Il paraît très vraisemblable d'admettre avec Finger, que parmi les manifestations de la syphilis, les unes sont causées directement par la bactérie spécifique, les autres par des produits chimiques, des toxines, que fabrique la bactérie. Il paraît naturel d'admettre que ces toxines, grâce à leur solubilité, se diffusent dans l'organisme, à une époque où le virus organisé, la bactérie, n'a pas encore franchi les étroites limites du foyer que représente le chancre primitif. Il importe donc de s'entendre préalablement sur le point de sa-

voir si la syphilis est déjà constitutionnelle lorsque les toxines solubles seules se sont répandues loin du foyer primitif, ou seulement lorsque la bactéridie, le virus susceptible de se reproduire, a pénétré dans le milieu intérieur. C'est cette seconde manière de voir qu'adopte M. Lasch. Il pose en principe qu'en présence d'un sujet porteur d'un chancre, on ne doit parler de syphilis constitutionnelle qu'autant qu'il y a des raisons de croire à l'impregnation de l'organisme par le virus susceptible de se reproduire; dans ces conditions, il est impossible actuellement de résoudre la question de savoir à quel moment au juste la syphilis devient constitutionnelle, dans un cas donné. Il faudrait pour cela être en mesure de constater la présence du virus organisé dans le sang, pendant l'intervalle qui s'écoule entre l'apparition du chancre et l'apparition des accidents secondaires. Or nous ne connaissons pas encore la bactérie de la syphilis.

Une autre question, encore très controversée, et qui a une portée pratique considérable, est de savoir si le chancre primitif est un produit de la syphilis déjà constitutionnelle, ou si c'est un simple foyer local, dont la destruction peut prévenir la généralisation du virus organisé, et tarir la syphilis à sa source avant qu'elle devienne constitutionnelle.

Cette question est plus facile à trancher. En effet, avec les idées qui ont cours sur l'immunité acquise, on se représente difficilement celle-ci existant avant que l'organisme réfractaire soit imprégné soit par le virus organisé lui-même, soit par quelque chose qui émane de lui. Donc, si l'on démontre que le chancre induré peut précéder l'immunité, on démontrera du même coup que le chancre primitif n'est pas une manifestation de la syphilis passée à l'état constitutionnel.

Pour faire cette preuve, l'auteur a rassemblé toutes les observations, peu nombreuses d'ailleurs, publiées jusqu'à ce jour, et relatives à des sujets porteurs d'un chancre syphilitique, chez lesquels l'inoculation de la sécrétion virulente a donné un résultat positif, et il a joint à cette liste la relation de trois faits inédits. Il croit pouvoir conclure de l'ensemble de ces faits : qu'avant l'apparition de la roséole, il est possible d'inoculer avec succès au porteur d'un chancre primitif le produit de sécrétion de ce dernier, que par conséquent l'immunité contre le virus syphilitique se développe seulement dans le cours du stade primitif.

III. — M. Ehrmann est d'avis que le chancre du pharynx a une fréquence beaucoup plus grande qu'on ne le croit généralement. Ces chancres, et en particulier ceux qui siègent sur les amygdales, n'ont pas de caractères spécifiques bien tranchés lorsqu'ils sont de date récente; d'autre part, ils sont à peu près guéris lorsque se manifestent les accidents secondaires. L'auteur communique deux cas de chancres du pharynx contractées par des femmes en donnant la bouillie à des enfants syphilitiques; dans un de ces cas, le diagnostic a pu être établi avec un grand degré de certitude, alors qu'il ne subsistait plus, en fait de traces de l'accident primitif, qu'une cicatrice plate sur l'amygdale gauche et sur le pilier. Dans l'autre cas, l'amygdale gauche formait un cône saillant, d'un rouge foncé surplombé d'une ulcération dont les bords étaient taillés à pic, et qui arrivait presque au contact de l'amygdale du côté opposé. Il y avait de la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires et rétro-maxillaires, de la dysphagie et de la dyspnée. Des badigeonnages avec une solution à 1 0/0 de sublimé ont procuré une amélioration rapide; au bout de trois semaines, il ne subsistait qu'une syphilide papulo-maculeuse.

Ainsi que le fait remarquer l'auteur, la manière dont les femmes procèdent habituellement quand elles donnent la bouillie aux enfants explique pourquoi le chancre contracté dans ces conditions siège habituellement à gauche, et pourquoi il se développe au fond de la bouche et non à l'entrée : pour refroidir la bouillie, les femmes introduisent dans leur bouche la cuiller qui a déjà été introduite dans la bouche de l'enfant; la pointe de la cuiller, après avoir puisé le virus dans la bouche du nourrisson, inocule ce virus au delà de l'entrée de la bouche de la nourrice.

IV. — M. Neumann consacre quelques développements à l'étude du siège, de l'étiologie et de la marche des chancres extra-génitaux. Dans le cours des dix dernières années, l'auteur a observé 86 exemples de chancres de cette nature, qui se répartissaient ainsi, eu égard au siège : 18 à la lèvre supérieure, 28 à la lèvre inférieure, 8 à une des commissures labiales, 2 à la joue, 5 au menton, 1 à la paroi postérieure du pharynx et sur le pilier gauche, 2 sur une amygdale, 2 à l'aile du nez, 2 aux paupières, 11 à une main ou à un doigt, 4 au bout du sein, 1 au nombril, et 3 à l'anus.

M. Neumann s'élève avec force contre l'opinion très répandue suivant laquelle, à la suite d'un chancre extra-génital, la syphilis évolue avec une gravité insolite. Ses recherches l'ont amené à conclure que la proportion des syphilis graves n'est pas plus élevée pour celles contractées à la suite d'un chancre extra-génital que pour les cas ordinaires. Dans les deux catégories de cas, la gravité de la syphilis reconnaît les mêmes causes, à savoir l'alcoolisme, la cachexie, la scrofule, l'anémie, le genre de vie.

A la fin de son travail, l'auteur publie un relevé de 613 cas de chancres extra-génitaux, avec connaissance des causes, empruntés à différentes sources.

V. — M. von Broich relate 11 cas de chancres extra-génitaux, relevés sur un ensemble de 120 cas de syphilis récente, qui se sont présentés à la clinique de Doutrelepont, à Bonn. Ces cas concernaient 8 femmes et 3 hommes. Eu égard au siège, ils se répartissent ainsi : 3 à la lèvre supérieure, 2 à la lèvre inférieure, 1 sur l'amygdale gauche, 1 à la cuisse, 1 à l'index (sage-femme), chez les femmes; 2 à la lèvre inférieure et 1 au menton chez les hommes.

(*A suivre.*) E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ THÉORIQUE ET CLINIQUE DE LA FIÈVRE JAUNE, par BÉRENGER-FÉRAUD (1).

En écrivant ce volumineux traité de la fièvre jaune, M. Bérenger-Féraud a tenu à faire œuvre utile. Dépister les lieux d'origine de la maladie, prouver qu'on en peut arrêter l'extension, indiquer les mesures de prophylaxie pour s'y soustraire, tels sont les points que l'auteur développe avec l'expérience d'un médecin familiarisé depuis de longues années avec son sujet.

Comme toutes les maladies infectieuses, la fièvre jaune a sa forme abortive qui guérit en quelques jours. Certains cas s'éternisant plusieurs semaines semblent démontrer qu'en regard des formes abortives doivent être placées les formes prolongées. Entre la forme abortive et la forme prolongée sont échelonnés de nombreux types intermédiaires.

L'étude de la température permet de décrire la fièvre à simple paroxysme, à double paroxysme et à paroxysmes multiples.

(1) Oct. Doin, 1891, vol. de 980 p., prix 14 fr.

Sur la valeur pronostique du pouls, nous nous trouverions presque en désaccord avec l'auteur. M. Bérenger-Féraud admet que l'importance du pouls s'est effacée devant celle de la température, depuis les recherches de ces dernières années. Nous croyons plutôt que les tendances actuelles sont, et avec raison, d'accorder à la forme du pouls une signification autrement considérable qu'au degré thermique.

Les globules sanguins se rencontrent rarement dans les vomissements noirs, la matière colorante du sang s'y trouve à l'état d'hématine. La coloration noire est en grande partie due à un bacille qui, d'après Gibier, noircit les corps en présence desquels il se développe.

Nous ne pouvons suivre l'auteur dans l'énumération des complications et de l'anatomie pathologique. Sa discussion sur la cause de la maladie le conduit à admettre la nature parasitaire de la fièvre jaune, dont le germe pathogène, en dépit des travaux de Domingo frère, n'est pas connue d'une façon définitive.

Le traitement consiste en purgatifs, en saignées chez les individus vigoureux. M. Bérenger-Féraud a retiré de l'emploi des bains et des lotions d'eau fraîche des résultats satisfaisants.

L'insuccès fréquent des traitements est démontré par le grand nombre des décès. Les médecins de marine succombent trop fréquemment aux atteintes de la fièvre jaune. M. Berenger-Féraud constate cette mortalité et ne se plaint pas. Exposé aux dangers incessants de la contagion, il se contente d'écrire les lignes suivantes qui font honneur non seulement à l'homme, mais au corps tout entier auquel il appartient.

« Que d'autres professions, dit-il, essaient, si elles le jugent à propos, de parler des mauvaises chances auxquelles elles sont exposées, nous devons, nous autres, aux principes de dévouement qui nous régissent, l'obligation de faire le devoir simplement et sans montrer le prix des sacrifices qu'il nous coûte. »

Voilà, certes, de belles paroles et nous aurions aimé à les voir reproduites par les différents journaux qui ont déjà rendu compte de l'ouvrage si consciencieux et si complet de M. Bérenger-Féraud.

FIESSINGER.

BULLETIN

LA LYMPHE DE KOCH A L'HOPITAL SAINT-LOUIS. — DE LA VARIABILITÉ D'ACTION DE L'ACONITINE SUIVANT SA PROVENANCE, ET DE LA PRUDENCE QU'EXIGE LA PRESCRIPTION DE CET ALCALOÏDE.

Nous nous sommes promis de ne revenir sur les applications cliniques de la lymphe de Koch que lorsque nous rencontrerions des faits d'un haut intérêt, observés avec toute la compétence et l'impartialité qu'on est en droit d'exiger dans une expérimentation de cet ordre. Ceux que la commission des médecins de l'hôpital Saint-Louis a exposés dans la dernière séance de la *Société de dermatologie et de syphiligraphie* remplissent à tous les points de vue ces conditions.

« En ajournant cet exposé de la séance précédente à celle d'aujourd'hui, dit M. E. Besnier, parlant en son nom et au nom de ses collègues, nous avons voulu, avant de formuler notre jugement, mûrement peser toutes choses et en même temps accorder le bénéfice du temps à l'observation des malades, chez lesquels les résultats du traitement semblaient être nuls ou douteux. Ce délai était encore plus nécessaire pour apprécier exactement la valeur des améliorations obtenues, non pas à titre définitif, mais à titre provisoire ; car, parler de la guérison proprement dite des tuberculoses tégumentaires après quelques semaines, ou même après quelques mois d'une médication quelconque, ne serait pas tenir un langage scientifique, ni faire preuve d'une connaissance approfondie de la nature et de la marche de ces maladies. »

On ne saurait mieux dire, et un jugement ainsi porté par une réunion de médecins qui jouissent d'une grande et légitime autorité et qui ont suivi et contrôlé par eux-mêmes, d'un commun accord, les résultats des expériences entreprises, un jugement ainsi porté, disons-nous, acquiert une importance de premier ordre.

Cinquante malades ont été inoculés avec la lymphe de Koch. Douze de ces malades, pour des raisons diverses, ne peuvent entrer en ligne de compte. M. Besnier n'a donc retenu que 38 observations assez précises et assez rigoureusement faites pour servir d'éléments de jugement. Il a réuni ces 38 observations dans un tableau, donnant sommairement, dans autant de colonnes, les renseignements relatifs au diagnostic des maladies ; au nombre, à la date des inoculations et aux doses de lymphe injectée ; aux phénomènes principaux qui ont marqué la réaction générale ; à la réaction locale ; aux phénomènes ou accidents consécutifs ; enfin aux résultats du traitement.

En parcourant ce tableau, on est frappé, malgré les faibles doses généralement employées, de l'intensité et de la gravité de la réaction générale, de l'inégalité de la réaction locale, de la fréquence et parfois de la gravité des accidents consécutifs, de la variabilité et de l'insignifiance habituelle des résultats obtenus. Aussi a-t-on peu de peine à se ranger aux conclusions suivantes, par lesquelles M. Besnier termine son intéressante communication :

« Dans les tuberculoses tégumentaires en général, dit-il, et en particulier dans toutes les espèces, formes et variétés de la tuberculose lupique, l'inoculation de l'*extrait glycériné des cultures sèches et pures du bacille de Koch* produit une action locale dont l'effet le plus prochain est une réduction temporaire de masse, une atténuation momentanée des tissus tuberculisés.

« Très notable dans toutes les formes ouvertes du lupus de Willan, elle diminue dans les variétés fermées, elle s'abaisse encore dans les formes sèches, scléreuses, fibreuses ; elle atteint son minimum dans le lupus de Cazenave dont toutes les variétés sans exception sont sèches et fermées.

« Dans toutes ces formes, elle peut être considérablement accrue par l'emploi simultané de tous les procédés thérapeutiques qui mettent le lupus à ciel ouvert ou qui l'irritent profondément.

« Sous le rapport curatif, cette action du remède, même répétée jusqu'à tolérance, est insuffisante pour amener la guérison dans l'immense majorité des cas ; elle n'est ni supérieure, ni même égale, dans ses résultats, aux procédés de traitement ordinaire dont nous disposons actuellement.

« Mais, dans tous les cas sans exception, quelque faible que soit la dose de toxine injectée, l'action locale ne peut être obtenue sans produire une fièvre éphémère, mais d'intensité impossible à prévoir et qui, même avec les petites doses, même à la première injection, peut causer la mort du malade.

« Dans les cas même où le danger n'atteint pas ces limites, le malade est toujours exposé à des accidents graves et prolongés ou définitifs, particulièrement du côté du système circulatoire, du cœur, du cerveau et des reins, et à la mise en

action funeste de foyers tuberculeux jusque-là latents et qui auraient pu rester latents si l'inoculation n'avait pas été pratiquée.

« Dans ces conditions, je ne me considère pas comme autorisé à continuer une expérimentation dont j'ai accepté la pleine responsabilité jusqu'à démonstration. Mais aujourd'hui ma conviction est établie; je ne crois plus que le médecin soit autorisé à inoculer à l'homme les extraits des toxines de la tuberculose et je ne pratiquerai plus d'inoculations. En agissant ainsi, je crois simplement me conformer aux traditions d'humanité et de respect de la vie humaine qui sont une des gloires les plus pures de la médecine française. »

M. Hallopeau, après avoir étudié dans tous ses détails l'emploi thérapeutique de la lymphe et contrôlé expérimentalement les différentes assertions de M. Koch, conclut de même en disant :

« Nous ne croyons pas que, dans les conditions actuelles, la nouvelle lymphe doive être utilisée dans la pratique courante, et nous nous refusons pour notre part, sauf dans les cas très exceptionnels que nous avons indiqués, à l'employer comme médicament, à moins que, contrairement à toute prévision, l'on ne parvienne à obtenir son action bienfaisante en évitant son action nocive. »

Nos savants confrères de l'hôpital Saint-Louis, après une expérimentation personnelle aussi importante qu'approfondie, viennent donc confirmer l'opinion que nous avons émise à cette place même, le 24 janvier dernier, et qui nous a semblé se dégager nettement des faits venus de tous côtés à notre connaissance.

« Aujourd'hui, avons-nous dit, après la démonstration éclatante des dangers auxquels on peut exposer les malades; et en présence des *desiderata* que, pour M. Koch lui-même, présente la préparation de son remède, nous sommes d'avis qu'il y a lieu de surseoir à toute nouvelle expérimentation clinique sur l'homme... Tant que la lumière n'aura pas été faite sur un si grand nombre de points qui restent obscurs, l'essai de l'*extrait glycériné de cultures pures de bacilles* devra être circonscrit dans l'enceinte des laboratoires, d'où il n'aurait pas dû encore sortir. »

Nous nous plaisons à penser qu'en France, où comme le dit M. Besnier, on a su conserver les traditions d'humanité et de respect de la vie humaine, on cessera désormais s'expérimenter *in anima nobili* la lymphe du professeur de Berlin.

—Ce n'est pas seulement quand il s'agit de toxines que la prudence du médecin doit constamment être en éveil: les alcaloïdes d'origine végétale, alors même que la chimie en a nettement déterminé la formule, exposent à des dangers quand on les prescrit à doses un peu élevées, sans connaître au préalable la provenance du médicament et sans avoir tâté la susceptibilité du malade. L'aconitine est peut-être, à ce point de vue, l'alcaloïde dont le praticien doit le plus se méfier.

Tout récemment un médecin prescrit à une femme, pour des douleurs névralgiques de la face, un cachet d'un milligramme d'aconitine qu'il s'était procuré, non pour elle, mais pour sa propre fille ou pour lui-même, souffrant l'un et l'autre de semblables névralgies. Cette dose d'un milligramme, il la prescrivait journellement, sans en avoir jamais constaté d'inconvénients, et il se préparait à se traiter, lui et les siens, de la même façon. Or la malade à laquelle il a fait prendre le cachet d'un milligramme n'a pas tardé à succomber à des accidents d'intoxication que rien n'a pu arrêter. Ici de deux choses l'une : ou l'aconitine contenue dans un cachet était d'une provenance différente de celle employée jusqu'alors par notre confrère; ou bien il a eu le malheur de tomber sur une de ces susceptibilités individuelles qui déroutent toutes les prévisions.

On sait combien varient les préparations officinales d'aconit, suivant l'origine de la plante, la partie utilisée, le mode de préparation employé et aussi, sans doute, l'habileté du pharmacien. Si l'on prend l'alcoolature, qui est peut-être la préparation la plus usitée, elle constitue, ainsi que l'a démontré expérimentalement M. Laborde, ici un poison violent à faible dose, là une substance absolument inerte.

L'introduction de l'aconitine amorphe dans la thérapeutique n'a pas fourni au praticien une arme plur sûre. Tandis, en effet, que Schroff, dans ses expériences, employait l'aconitine préparée en Allemagne à la dose d'un à cinq centigrammes, en Angleterre avec l'aconitine Morson et en France avec l'aconitine Hottot, on obtenait les mêmes effets physiologiques en employant des doses d'un à cinq milligrammes, c'est-à-dire dix fois moindres que les précédentes.

L'aconitine cristallisée, substance chimiquement définie, formant des sels avec les acides, a pu faire concevoir de plus grandes espérances sur l'uniformité de son action : il n'en est rien encore, et M. Laborde, qui, avec MM. Duquesnel et Oulmont, a attaché son nom à l'étude de cet alcaloïde, a montré que l'azotate d'aconitine pure n'a pas la même action physiologique et exerce une action toxique plus ou moins grande suivant la provenance de la plante d'où l'alcaloïde a été extrait. Ainsi l'aconit ferox, qui croît en Angleterre et en Écosse, fournit un alcaloïde plus toxique que l'aconit des Pyrénées et des Vosges. Dans une même contrée, l'aconit de la plaine et l'aconit de la montagne ne donnent pas une aconitine cristallisée physiologiquement identique à elle-même. Sous une même formule chimique, il existerait donc des aconitines isomères qui présenteraient des degrés variables de toxicité.

On comprend ainsi combien la posologie de l'aconitine présente d'incertitude et de difficulté pour le praticien. Cet alcaloïde, à l'état amorphe ou cristallisé, fait l'objet de plusieurs spécialités nullement comparables entre elles sous le rapport des doses à prescrire et par conséquent des dangers auxquels on peut exposer les malades. Tandis que l'aconitine cristallisée Duquesnel se prescrit en granules par quart et même par dixième de milligramme, avec la recommandation de mettre un intervalle de deux, trois, quatre, cinq heures entre la prise de chaque granule et de ne pas dépasser la dose quotidienne d'un milligramme, on voit les prôneurs et adeptes d'une certaine méthode, qui ne laisse pas de prendre de l'extension en province, prescrire, d'heure en heure, en même temps que des granules de vératrine et d'autres alcaloïdes, une granule d'aconitine d'un demi-milligramme. Il est évident que cette aconitine n'est pas la même que l'aconitine cristallisée Duquesnel, car les accidents seraient fréquents. Il est même permis de se demander, en voyant la facilité avec laquelle on l'administre à haute dose, si elle constitue véritablement un principe actif.

Le fait malheureux qui nous a inspiré ces quelques réflexions, doit emporter avec lui un enseignement. L'aconitine, d'où qu'elle provienne, est un médicament dangereux, qu'il ne faut prescrire qu'avec la plus grande prudence, en commençant par une fraction de milligramme (du quart au dixième) et en étudiant la susceptibilité des malades avant d'en élever progressivement la dose. L'aconitine cristallisée, malgré les différences dans le degré de toxicité qu'elle doit à ses états isomériques, est d'une administration plus sûre que l'aconitine amorphe ou les préparations officinales d'aconit. Pour réduire au minimum la variabilité d'action ou de toxicité de l'aconitine que l'on peut avoir à prescrire, il importe, quand

on a fait choix d'un fabricant de produits pharmaceutiques offrant toutes les garanties, de s'en tenir exclusivement à l'alcaloïde qu'il fournit et à le spécifier sur ses ordonnances.

Dr F. DE RANSE.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique de France (*séance du 16 février* 1891). — En l'absence de M. Monod, M. Proust expose la situation sanitaire à l'intérieur.

Pendant le mois de janvier il y a eu à Marseille 87 décès causés par la variole. A Beaune une épidémie de scarlatine s'est produite. M. Proust signale à Cherbourg 19 décès causés par la fièvre typhoïde dont 18 parmi les soldats de la marine; à Dunkerque six cas de fièvre typhoïde. Les mesures prescrites par le Comité ont été appliquées.

M. Proust fait ensuite l'historique d'une épidémie de grippe infectieuse qui a sévi à Marseille, dans une maison, et à un seul étage de cette maison. Il y a eu sept malades; trois d'entre eux sont morts. Un des membres de la famille, qui s'était fait transporter à l'hôpital de la Conception, a communiqué la maladie à un infirmier, qui a guéri.

M. Proust rappelle à ce sujet une épidémie analogue qui s'est produite en 1886, à l'hôpital de la Pitié, à Paris. Il y a eu six malades, quatre occupant la salle depuis quelque temps, un infirmier et un externe.

Les six malades ont succombé à des pneumonies infectieuses.

M. Proust expose ensuite l'état sanitaire à l'étranger.

En Syrie, le choléra qui régnait depuis plusieurs mois semble avoir disparu depuis le 22 janvier. Des patentes nettes sont délivrés aux navires partant des ports de Syrie.

Au Japon, l'épidémie de choléra paraît également éteinte.

La fièvre jaune est signalée à l'embouchure du Niger. Les compagnies de navigation ont été préservées.

M. Pouchet lit ensuite un rapport sur la coloration artificielle des prunes tachées par le brouillard, et un autre sur le traitement du tabac par une plante médicinale destinée à atténuer les effets de la nicotine.

Les assistants dans les hôpitaux de Paris. — La Société médicale des hôpitaux et la Société des chirurgiens des hôpitaux de Paris ont examiné et discuté l'un et l'autre la question des *assistants*. La première a voté la résolution suivante :

« Les médecins des hôpitaux sont autorisés à se faire assister, pour leur service de consultations, à leur choix et sous leur responsabilité personnelle, par un médecin du Bureau central, par un admissible au Bureau central, ou par un ancien interne, concurrent actuel au Bureau central et agréé par l'administration. »

De son côté, la Société des chirurgiens des hôpitaux a voté les deux propositions suivantes :

« 1° Il n'y a pas lieu de modifier le concours actuel pour la nomination des chirurgiens des hôpitaux;

« 2° Tout chirurgien pourra se faire assister et remplacer dans son service par un *chirurgien du Bureau central* de son choix. »

La Société étudiera, dans une prochaine séance, les modifications à apporter dans le service des consultations externes.

Nous nous bornons pour aujourd'hui à enregistrer ces deux votes. Nous aurons à revenir sur la question des assistants à propos des projets de réformes qui, depuis plusieurs semaines, occupent les séances de la Société médicale des hôpitaux et viennent d'être mis à l'ordre du jour de la Société des chirurgiens des hôpitaux.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

MÉDECINE OPÉRATOIRE, sous la direction de M. POIRIER, agrégé, chef des travaux anatomiques. — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront le mardi 17 mars 1891. Ils auront lieu dans les pavillons de l'École pratique, tous les jours, de 1 heure à 4 heures.

Ces exercices sont obligatoires pour les étudiants de quatrième année (élèves docteurs et élèves officiers de santé). [Pour prendre la 16e inscription, ces étudiants doivent avoir pris part à ces exercices.]

Les étudiants pourvus de 6 inscriptions, les docteurs français et étrangers, peuvent être autorisés à y prendre part.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU, professeur : M. PANAS. — M. Chaffard, chef de clinique ophtalmologique, commencera un cours d'optique physiologique le vendredi 20 février 1891, à 5 heures (amphithéâtre Dupuytren), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Hôpitaux de Paris. — Les membres du jury du concours pour trois places de médecin des hôpitaux et hospices de Paris, tirés au sort, sont, sous réserve d'acceptation : MM. Brocq, Ollivier, Rendu, Hanot, Besnier, Matice, Humbert.

— Un concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le 11 mai prochain. — Se faire inscrire du 13 au 27 avril.

Corps de santé des colonies et pays de protectorat. — NOMINATIONS. — *Au grade de médecin inspecteur de 1re classe :* M. le médecin inspecteur de 2e classe des colonies Treille.

Au grade de médecin en chef de 2e classe : MM. les médecins principaux de la marine Cauvy et Ayme.

Au grade de médecin principal : MM. les médecins de 1re classe de la marine Clavel, Hercouet et Rangé.

Au grade de médecin de 1re classe : MM. les médecins de 1re classe de la marine Couillebault, Garnier et Rauçon: MM. les médecins de 2e classe de la marine Terrin, Camail, Delay, Simond, Vergoz, Lo Ray, Pinard et Pineau.

Au grade de médecin de 2e classe : MM. les médecins de 2e classe de la marine Guerchet et Pierre; MM. les médecins auxiliaires de 2e classe de la marine Huot et Jacquin.

Réserve et armée territoriale. — DÉCISION RELATIVE A L'APPEL DES MÉDECINS DE RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE DE 1891. — A la date du 15 février, le ministre de la guerre a décidé que l'appel des médecins de réserve et de l'armée territoriale aura lieu en 1891 dans les conditions suivantes (19e corps excepté) :

Réserve. — 25 médecins-majors de 2e classe et 232 médecins aides-majors de 1re ou de 2e classe seront convoqués, par moitié, pour une période de vingt-huit jours, en deux séries : la 1re, du mercredi 6 mai au mardi 2 juin; la 2e, du jeudi 1er octobre au mercredi 28 octobre.

Armée territoriale. — 50 médecins-majors de 2e classe et 234 médecins aides-majors de 1re ou de 2e classe seront également convoqués, par moitié, pour une période de treize jours : la 1re, du mercredi 21 mai au mardi 2 juin; la 2e, du vendredi 16 octobre au mercredi 28 octobre.

Tous ces médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée auxquels ils sont affectés, quel que soit leur domicile.

Toutefois les médecins affectés à l'Algérie ou à la Tunisie et rési-

dant en France pourront être appelés dans les corps d'armée où ils sont domiciliés.

Le choix des commandants de corps d'armée devra porter de préférence :

1° Sur les médecins qui n'ont pas encore été convoqués, en commençant par les plus jeunes de grade ;

2° Sur ceux qui, réunissant les conditions d'ancienneté nécessaires, auront demandé à faire un stage afin de pouvoir bénéficier des dispositions du décret du 19 décembre 1889.

Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations.

Les demandes qui seraient formulés à ce sujet devront être adressées à MM. les généraux commandant les corps d'armée.

Les intéressés sont d'ailleurs prévenus que ceux qui ne pourraient accomplir leur stage, pendant la première période, l'accompliraient pendant la seconde et inversement.

Congrès des Sociétés savantes françaises en 1891. — Le Congrès des Sociétés savantes de Paris et des départements s'ouvrira, à la Sorbonne, le 19 mai 1891.

Les journées des 19, 20, 21 et 22 seront consacrées aux travaux du Congrès.

La séance générale aura lieu le 23 mai.

Congrès de la Société allemande de chirurgie en 1891. — Le vingtième Congrès de la Société allemande de chirurgie se tiendra à Berlin, du 1er au 4 avril prochain.

Anthropologie. — M. le Dr Laborde est nommé directeur du laboratoire d'anthropologie à l'École pratique des Hautes-Études (section des sciences naturelles), en remplacement de M. Mathias-Duval, dont la démission est acceptée.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie G. Masson, boulevard Saint-Germain.

A signaler un travail très remarqué de M. le Dr de Backer, directeur de la *Revue de l'antisepsie*. Dans ce mémoire, l'auteur modernise, pour ainsi dire, tout ce qui a été fait sur le choléra et sur l'épidémie actuelle qui désole l'Espagne.

Le choléra en 1890, brochure in-8, 1 fr.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 1er AU 7 FÉVRIER 1891

Fièvre typhoïde, 14. — Variole, 1. — Rougeole, 19. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 6. — Diphtérie, croup, 39. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 227. — Autres tuberculoses, 26. Tumeurs cancéreuses et autres, 43 — Méningite, 36. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 57 — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 61. — Bronchite aiguë et chronique, 81. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 106. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 33. — Fièvre et péritonite puerpérales, 7 — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 30. — Sénilité, 39. — Suicides et autres morts violentes, 20. — Autres causes de mort, 218. — Causes inconnues, 11. Total 1105.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame

HYDROLOGIE

DES

EAUX MINÉRALES PURGATIVES

Quels sont, parmi les purgatifs salins, les plus efficaces, les mieux tolérés, ceux dont l'administration peut être réitérée, dans certaines limites du moins, sans faire courir de risques à l'organisme? A cet égard, la physiologie et la clinique, la pratique journalière des médecins nous montrent surabondamment que ce sont les eaux minérales, naturelles, purgatives dont le type le plus achevé nous semble être l'eau de Rubinat, la plus riche en principes minéralisateurs utiles.

Les eaux minérales purgatives ne font pas exception à la règle; elles sont à la fois mieux tolérées par l'organisme, fatiguent moins l'estomac et peuvent être employées plus souvent et à de plus courts intervalles que les sels purgatifs. Mais leur composition chimique ne saurait nous être indifférente; si elle n'est pas tout elle est du moins un facteur important dans leur efficacité; il est nécessaire qu'elles contiennent une grande proportion de sels purgatifs, et c'est pourquoi nous considérons l'eau de Rubinat comme leur type le plus parfait. Il n'y a point de comparaison en effet à établir entre cette eau pyrénéenne, sortant pure et limpide de la roche primitive, et les eaux allemandes et autrichiennes, si prônées dans ces derniers temps. L'eau de Rubinat, ainsi que le constate le rapport de l'Académie de médecine, contient en effet 103 grammes de sels par litre d'eau, dont 96 grammes de sulfate de soude et 3 grammes de sulfate de magnésie. Les eaux de Pullna, de Birmenstorf, et les autres qui nous viennent d'Outre-Rhin, ne contiennent guère que la moitié de cette quantité. Il en résulte pour Rubinat l'avantage d'agir à dose beaucoup plus faible, un demi-verre que l'on prend le matin à jeun, en le coupant au besoin avec de l'eau sucrée ou du thé léger. Suivant son tempérament, on gradue aussi l'énergie de la purgation, et on n'est pas condamné, comme avec l'eau de Sedlitz, à absorber de grandes verrées d'un liquide aussi désagréable. C'est un avantage bien apprécié de la clientèle qui a ainsi sous la main un purgatif énergique que l'on peut mitiger à volonté, le réduire même à l'état de simple laxatif dans le cas où l'on a besoin d'en faire usage plusieurs fois par semaine contre une constipation opiniâtre, la véritable maladie de notre époque.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. DE RANSE**

Membres : **MM.** les **Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

CLINIQUE MÉDICALE

SUR LES PROPRIÉTÉS PYOGÈNES DU BACILLE D'EBERTH (A PROPOS D'UN CAS DE FIÈVRE TYPHOIDE COMPLIQUÉE D'UN ABCÈS DE LA PAROI ABDOMINALE ET DE DÉLIRE AIGU).

par le Dr F. Raymond,
Professeur agrégé, médecin de l'hôpital Lariboisière.

Depuis qu'on s'occupe du rôle des microbes dans la genèse des états morbides, les accidents suppuratifs, survenant dans le cours ou pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, on été, tout d'abord, attribués à des affections secondaires. On conçoit, en effet, facilement que par des ulcérations de l'intestin puissent s'introduire de nombreux microbes pyogènes capables de produire des complications indépendantes du micro-organisme de la fièvre typhoïde. C'est à cette hypothèse que s'étaient ralliés Fraenkel et Simmonds (1) qui ont trouvé le *staphylococcus pyogenes aureus* dans un foyer de parotidite et dans un abcès sous-cutané, au cours d'une fièvre typhoïde. Dans des cas analogues, des microbes pyogènes ont aussi été rencontrés par Seitz (1), Sænger (2), Th. Dunin (3), Patella (4). Cependant de nouvelles observations sont venues prouver que ces complications de la fièvre typhoïde pouvaient avoir une pathogénie toute différente. Dans un certain nombre de cas, en effet, on a trouvé dans le pus de ces abcès concomitants ou consécutifs à la fièvre typhoïde, le microbe que l'on considère comme l'agent pathogène de la fièvre typhoïde, le bacille d'Eberth et lui seul : dans ces conditions, on a considéré ces complications suppuratives de la dothiénentérie comme des localisations du virus typhoïdique.

Le premier fait de genre a été publié par A. Fraenkel (5), qui rencontra le bacille d'Eberth, à l'exclusion de tonte autre bactérie, dans un foyer de péritonite enkystée. Tavel (6) fit la même constatation dans un cas d'orchite suppurée survenue pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde.

Roux et Vinay (7) ont étudié un abcès de la rate chez un typhique, mort au dix-huitième jour de sa fièvre typhoïde. La culture sur plaques a fourni la preuve de la présence exclusive du bacille d'Eberth.

Martha (8) a publié deux cas d'ostéo-périostite due au bacille

(1) Frænkel et Simmonds. *Die ætiologische Bedeutumg der Typhus Bacillus* (Hambourg und Leipzig, 1886).

(1) *Etude bactériologique sur l'étiologie du typhus* (Munich, 1886).
(2) *Deutsche medecin. Wochenschrift*, 1886, n° 4, p. 56.
(3) *Deutsches Archiv. fur klin. Medecin.*, 1886, t. XXXIX, p. 369, fasc. 3 et 4.
(4) *Riforma medica*, 1890.
(5) *Verhandlungen des VI Congress fur innere Medic.*, Wiesbaden, 1887, p. 179.
(6) *Correspondenzblatt. fur Schweizer Aerzte*, 1887, p. 590).
(7) *Soc. des sciences méd. de Lyon*, avril 1888. *Lyon médical*, 10 juillet 1888.
(8) *France médicale*, 4 avril 1888.

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

I. Correspondance de Papin avec Leibnitz. — II. La grippe ou influenza a Rome, en 1789. — III. Antommarchi et Napoleon Ier. — IV. Cuvier et les épigraphes de ses livres.

Correspondance de Papin avec Leibnitz. — « Pour ce qui est de la médecine, écrit Papin à Leibnitz, puisque vous me faites l'honneur de m'en demander mon sentiment, je vous diray que de la manière qu'on la prattique, je crois que c'est quelque chose de fort nuisible et j'approuve fort une comparaison que j'ay ouy faire à un médecin à Venise : c'est que, tandis que la nature prépare avec le temps nécessaire tout ce qu'il faut pour cuire presque et ensuite évacuer les mauvaises humeurs, un médecin qui ordonne un remède un peu violent, fait la même chose que si on allait donner un soufflet à un horloger tandis qu'il est attentif à mettre en œuvre plusieurs petites pièces détachez et qu'ainsi on luy feit renverser tout par terre et en perdre une partie.

« Celuy qui me disoit cela, prattiquoit pourtant comme les autres et s'excusait en disant qu'il faut prendre le monde comme il est, et que s'il ne le faisoit pas, d'autres toujours le feroient. En effet il vaut encore mieux que ce soient des gens comme cela qui fassent le métier que quantité d'autres qui ne savent pas seulement ce que c'est que de savoir quelque chose : en sorte qu'ils prennent pour des oracles toutes les pauvretez qui se trouvent dans leurs auteurs.

« Il n'y a pas longtemps que nous en vîmes icy un exemple à l'occasion d'une maladie de ma belle-mère qui avait alors soixante-quinze ans. Elle demandoit instamment qu'on lui donnât un peu de vin. Le médecin, d'un ton magistral, le défendit absolument et dit que si on voulait tout gâter il n'y avait qu'à luy donner du vin ; car elle avait beaucoup de fièvre. Nous ne laissâmes pas de luy en donner sans en rien dire au Docteur : et le soir quand il retourna il la trouva beaucoup mieux et elle guérit. »

Leibnitz répond :

« Vous avez raison de tenir la chirurgie pour la partie la plus

d'Eberth; mais ces cas sont peu démonstratifs car on a négligé de faire des cultures.

Valentini (1) a trouvé ce même microbe seul au sein d'un abcès sous-périosté du tibia et dans le pus d'une pleurésie suppurée ; Ebermayer (2) dans deux cas de périostites suppurées du tibia ; Orloff (3) dans une périostite, huit mois après une fièvre typhoïde ; Kamen (4) dans une méningite compliquant une fièvre typhoïde ; Colzi (6) dans une ostéo-périostite du tibia ; enfin Achalme (5) a publié l'observation très complète d'un malade qui eut, pendant sa convalescence, une ostéo-périostite du tibia causée par le bacille d'Eberth seul.

D'autres expérimentateurs ont été plus loin : ils ont essayé, par des expériences sur les animaux, de démontrer que le bacille d'Eberth pouvait être pyogène. Roux (7), Orloff (8), Gasser (9), Giuseppe Muscatillo (10) ont pu produire des abcès chez les lapins en injectant sous la peau des cultures pures du bacilles d'Eberth. Orloff prétendait même avoir réussi à obtenir ces abcès en injectant aux animaux des cultures stérilisées de ce bacille (11).

Cette longue énumération de travaux est propre à faire ressortir l'intérêt que présente, au point de vue bactériologique, la principale question que je me propose d'aborder, l'étiologie des abcès qui se développent dans le cours ou pendant la convalescence de la fièvre typhoïde. Je vais communiquer une observation qui est un nouvel exemple d'abcès survenu chez un typhique, sans intervention d'aucun autre microbe que le bacille d'Eberth. C'est une preuve de plus comme quoi ce bacille est pyogène dans certaines circonstances, comme quoi aussi il peut, à lui seul, provoquer la suppuration. Mon observation présente un autre côté intéressant : elle est un nouvel exemple de fièvre typhoïde compliquée de délire aigu. Je me propose de dire quelques mots sur la pathogénie de cette complication.

(1) *Berliner Klin, Wochenschrift*, n° 17, 1889.

(2) *Deutsches Archiv. für Klin. Medecin*, t. XLIV, fasc. 2 et 3 p. 140, 1888.

Dans un autre cas de fièvre typhoïde, relaté par Ebermayer (obs. V), il y eu périostite aux deux tibias et aux pieds, aux dixième et onzième côtes à droite. La fièvre typhoïde, dans ce cas, se compliqua d'un violent délire alcoolique, de pneumonie et d'une otite médiane suppurée. Les cultures fournies par l'ensemencement du pus retiré de l'oreille étaient constituées exclusivement par des streptocoques.

(3) *Wratsch*, 1889, n° 49.

(4) *In. Klin. Rundschau*, 1890, n° 3-4.

(5) *Sperimentale*, Glugno, 1890.

(6) *Société de biologie*, 21 juin 1890.

(7) *Lyon médical*, 1888, n° 26.

(8) *Wratsch*, 1890, n° 4-6.

(9) Gasser. *Etudes bactériologiques sur l'étiologie de la fièvre typhoïde*. (Th. de Paris 1890.)

(10) Muscatillo, *Sul Potere piogeno del Bacillo di Eberth*. (*Riforma medica*, septembre 1890.)

(11) Voir aussi Chantemesse et Widal. (*Société médicale des hôpitaux*, 11 juillet 1890), et Bonnières. (Thèse de Paris, 1890.

Observation. — *Rechute de fièvre typhoïde ayant duré trente-neuf jours. — État général très grave. — Délire bruyant à forme maniaque. — Vaste abcès de la paroi abdominale survenu au trente et unième jour. — Présence du seul bacille d'Eberth dans le pus de la cavité de l'abcès, cavité sans aucune communication avec l'abdomen. — Mort dans le coma. — Résultats de l'autopsie.*

X..., trente et un ans, journalière. Salle Trousseau, n° 14 (Hôpital Lariboisière). — Entrée le 9 novembre 1890, morte le 19 décembre 1890.

Renseignements. — Bonne santé antérieure. Il y a un mois, début d'une fièvre typhoïde dont l'évolution paraît avoir été régulière. — Le 2 novembre, la malade était en pleine convalescence. On lui donna à manger un peu plus que de coutume. A partir du 4 novembre, retour des manifestations de la fièvre, abattement général. Le mari de la malade ne pouvait plus la soigner à domicile; il la fit admettre à l'hôpital, le 8 novembre dans l'après-midi.

État actuel : 9 novembre. — Femme, de taille moyenne, mais *surchargée d'embonpoint*.

Peau chaude, sèche. Langue blanche, très saburrale, rouge sur les bords. Pharynx rouge et comme verni. Ventre ballonné. Douleur à la pression de la fosse iliaque droite. Quelques taches rosées lenticulaires. Rate grosse. Diarrhée abondante. Râles de bronchite généralisée. Pouls, 120. Température vaginale, 39°,9. Rien du côté du cœur.

Urines rares, très foncées, nuage d'albumine. Torpeur intellectuelle ; la malade comprend bien ce qu'on lui demande : elle répond difficilement, mais avec netteté. Légère surdité.

La malade n'a pas d'évacuations involontaires; elle demande le bassin.

Soir : T. V. 40°,2

Le 10. Epistaxis dans la nuit, M. T. V. 40°,2; S. T. V. 40°,9. Soubresauts des tendons. Sécheresse de la langue.

Eau vineuse. Bouillon. Lavements et lotions fraîches. 1 gramme de sulfate de quinine.

---

seure de la médecine. On y voit ce qu'on fait. Quant à la médecine interne, je tiens que c'est un art comme celuy de jouer au *verkehen* on an trictac, où l'habileté fait beaucoup, mais le hasard encor plus. J'ay souhaité souvent qu'un habile médecin fit un livre : *De curandis per diætam morbis*. Je voudrais donc que dans tous les maux de longue haleine on ne donnast rien de fort désagréable, ni de capable de rebuter, et c'est là que l'on devroit pratiquer le *jucunde*, le *cito* n'ayant point de bien. Au reste, j'ay conseillé à Berlin qu'on donnast ordres dans les estats du Roy par le moyen des médecins salariés au public de faire faire *Historiam anni medicam*, en ramassant des observations des provinces. »

La grippe ou influenza à Rome en 1709. — Le Dr J.-B. Violi, de Constantinople, vient de publier le résumé d'un article du journal *Stamboul*, du 24 janvier dernier, dû au Dr Scalzi, professeur à l'université de Rome. Il s'agit de la relation d'un Congrès qui eut lieu à Rome en 1709, à l'occasion d'une épidémie qui venait de sévir dans la ville. Les principaux médecins de Rome et de sa banlieue se réunirent le 21 février et discutèrent sur la nature de l'épidémie.

L'on reconnut qu'il s'agissait d'une maladie avec forte fièvre et symptômes rhumatismaux et catarrhaux des voies respiratoires, ou bien consistant quelquefois en dérangements du tube gastrique. La cause fut attribuée à des conditions locales de l'atmosphère. A la suite d'un automne très beau, sans pluie, ni froid, Rome avait subi un hiver rigoureux et sec, avec beaucoup de neige. Les changements brusques de température avaient contribué à l'extension de la maladie en empêchant la transpiration instantanée ordinaire et un grand nombre d'habitants avaient été atteints

Vers la fin de février, l'épidémie avait disparu, quand une nouvelle variation atmosphérique survint, il tomba de la neige en abondance, et tous ceux qui s'exposèrent à l'air sans précautions, en sortant d'une chambre chaude, sans être couverts, furent atteints par l'influenza.

D'autre part, les gens qui ne sortaient pas, les prisonniers, les soldats, présentèrent bien moins de cas de maladie que les autres. Le traitement institué en 1709, consistait en saignée au bras, ventouses scarifiées, purgatifs légers, loochs émollients, boissons chaudes ; les vésicatoires furent proscrits. Enfin, l'on recommanda le nettoyage des rues, des maisons, d'une manière très sérieuse.

Le 11. Même état M. T. V. 39°,9 ; S. T. V. 40°,4.

Du 11 novembre jusqu'au 20 novembre, la maladie, tout en conservant les apparences d'une grande gravité, semble marcher régulièrement. Ce jour, on constate une légère augmentation de température, 39 degrés. Sans que rien ait pu le faire prévoir, et alors que les urines assez abondantes, ne contenaient plus trace d'albumine, la malade est prise subitement de délire, et d'un délire bruyant, loquace ; incohérence complète. La malade profère des mots sans suite ; parfois elle pousse des cris inarticulés. A certains moments, elle crie, vocifère, s'agite dans son lit, veut se lever, cherche à donner des coups. Par instants, elle semble être en proie à la ter eur ; elle s'arrête quelques minutes de crier ; puis, un nouvel accès survient.

Le délire dure toute la journée et toute la nuit. S. T. V. 38°,9. Pouls : 130, petit et dépressible.

Le 22. Même état M. T. V. 38°,4 ; S. T. V. 38°,9.

Lavements de valériane. Potion avec 4 grammes de bromure de potassium.

Le 23. Le délire est un peu moins bruyant : l'agitation moins forte. M. T. V. 38°,5 ; S. T. V. 39°,2. Pouls : 112 pulsations.

Le 24. L'excitation intellectuelle est remplacée par la somnolence : mussitation. Lèvres, langue, gencives fuligineuses. M. T. V. 38°,6 ; S. T. V. 39°,6.

Les 25-26-27. Même état.

Le 28. Même agitation, même délire que les premiers jours ; mais les manifestations morbides sont très atténuées. M. T. V. 38°,5 ; S. T. V. 39°,9.

Le 29. *Idem.*

Le 30. Retour à la somnolence. De temps à autre, délire calme, tranquille. L'état général est moins mauvais. M. T. V. 37°,2 ; S. T. V. 37°,9. Les jours suivants, la température oscille autour de 39 degrés ; 38°,5. Il y a un mieux sensible.

11 décembre. Retour d'un certain degré d'excitation. Peau sèche, chaude. Langue fuligineuse. Sur la paroi abdominale, on constate, à la palpation, et malgré l'énorme couche de graisse dont celle-ci est revêtue, une induration profonde, qui s'étale transversalement de 4 centimètres à 5 centimètres, de chaque côté de la ligne médiane, à 6 centimètres du mont de Vénus, et à 2 centimètres de l'ombilic. Cette induration est douloureuse au toucher.

Application d'onguent mercurial belladoné. M. T. V. 38 degrés ; S. T. V. 38°,4.

A partir du 11 décembre, la température est allée en augmentant progressivement, jusqu'à 39°,8'. En même temps, l'état général devenait de plus en plus mauvais ; retour du délire avec agitation. — Parallèlement, l'induration de la paroi abdominale augmentait très sensiblement, en largeur et en épaisseur. Pas de sensation manifeste de fluctuation.

La malade est morte, dans le coma, le 19 décembre.

AUTOPSIE. — *Cerveau.* — Le volume de cet organe paraît avoir augmenté ; la dure-mère est comme distendue. Injection considérable des vaisseaux de la pie-mère. Les capillaires du cerveau sont également très dilatés ; il en est de même de ceux des ventricules. En de certaines régions, principalement au niveau de la scissure de Sylvius et du sillon de Rolando, à la partie supérieure de celui-ci, on découvre un piqueté hémorragique.

Sérosité abondante dans les ventricules. Cette sérosité semble renfermer quelques globules sanguins. Elle imbibe toute la substance nerveuse de l'encéphale. Stase sanguine dans tous les sinus et dans les veines. Sur les coupes, teinte hortensia de la substance grise. — Même coloration dans l'épaisseur des noyaux gris centraux.

Par suite de circonstances indépendantes de ma volonté, l'examen histologique des centres nerveux, des capillaires cérébraux, en particulier, n'a pu être fait. — Il en a été de même de l'examen bactériologique de la sérosité qui imbibait la substance cérébrale.

La moelle épinière, non plus, n'a pas été examinée.

Poumons. — Normaux ; sans adhérence.

Cœur et aorte. — Le cœur a son aspect habituel, sauf une légère décoloration du myocarde. — Rien du côté des orifices. L'aorte est saine.

Foie. — Normal.

Rate. — Cet organe a environ le double de son volume normal. Le parenchyme splénique, de couleur rouge noir, est assez résistant ; il ne se laisse dilacérer qu'avec une certaine difficulté.

Reins. — Aucune lésion particulière.

Muqueuse intestinale. — Cette muqueuse, sur une étendue de 1 mètre environ à partir et au-dessus de la valvule de Bauhin, présente, de distance en distance, des cicatrices de certains follicules clos et de quelques plaques de Peyer ulcérées. De même dans le cœcum. La muqueuse du reste du gros intestin est normale. Aucune trace de perforation.

Péritoine. — Le péritoine, dans ses deux portions, pariétale et viscérale, est en état de parfaite intégrité. Il n'y a pas trace d'un processus ancien ou récent, en particulier au niveau du phlegmon de la paroi, ou dans la fosse iliaque droite. Aucune adhérence anormale.

Paroi abdominale. — En incisant la paroi abdominale, transversalement, on tombe dans une énorme poche contenant environ deux verres de pus rougeâtre mal lié, sans aucune odeur. Le liquide s'écoule facilement par la pression. Les parois de la collec-

---

Antommarchi et Napoléon Ier. — L'on sait que le dernier médecin de Napoléon Ier fut en butte aux critiques de quelques médecins et des journaux de temps, soit à l'occasion du traitement qu'il avait prescrit au prisonnier de Sainte-Hélène, soit à l'occasion d'un moule de la tête de Napoléon dont on niait l'authenticité. Les pièces suivantes que nous avons copiées jadis dans une collection d'autographes ne manquent donc pas d'intérêt.

Antommarchi écrivait à un de ses amis, le 18 octobre 1823 : « Toute ma vie je déplorerai la perte trop prématurée du grand « homme, que j'eusse été heureux de conserver à la patrie, car « s'il eût vécu !... Mais l'impitoyable mort n'a pas voulu, qu'affranchi des fers de l'étranger, il vécût pour enrichir la France, « d'autant de liberté qu'il l'avait dotée de gloire, et lui rendre le « nom de grande nation... »

Le même écrivait au journal *le Corsaire*, le 28 janvier 1829, à l'occasion d'observations dues au docteur Héreau : « le public fera « justice d'une attaque plus indiscrète encore qu'elle n'est méchante : il décidera s'il est facile de dicter d'une manière infaillible le traitement qu'a dû subir l'illustre victime, à deux mille « lieues de l'endroit où ils écrivent. Il décidera aussi s'il y a « loyauté à prétendre que c'est le traitement *incendiaire* et non « le climat, et non les ministres anglais qui ont tué Napoléon sur « l'affreux rocher de Sainte-Hélène. »

En ce qui concerne le plâtre représentant la face de l'Empereur Antommarchi avait envoyé aux journaux, après 1830, une note de quelques lignes, ennonçant que la famille royale et celle de Napoléon « avaient souscrit pour divers exemplaires de plâtre du grand homme » et dans une lettre de M. Paulin du 17 septembre 1833, il disait : « Aucun défigurement, aucune altération de « mort, n'existe sur l'empreinte de la figure de l'Empereur Napoléon, malgré les douleurs d'une longue et affreuse agonie, les « magnifiques traits de cette tête illustre n'ont rien perdu de ce « calme, de cette dignité, de cette expression de génie, qui, pendant tant d'années, ont commandé le respect et l'admiration des « hommes ; on dirait en le voyant, que l'Empereur, ayant perdu « son embonpoint, est tombé dans un profond sommeil, un léger « rire sardonique couvrant ses lèvres. »

L'on sait qu'une ardente polémique s'engagea alors, sur l'authenticité du moule rapporté par Antommarchi, polémique basée et entretenue surtout, à l'aide des objections des phrénologues, qui ne

tion purulente sont infiltrées, œdémateuses, assez dures. Ses parois sont formées, d'une part, par l'aponévrose superficielle des muscles de l'abdomen, d'autre part, par la peau doublée du tissu adipeux, et au pourtour par le même tissu adipeux induré. Il n'existe aucune trace de communication avec l'abdomen; la paroi de cette cavité est absolument intacte.

Je ne crois pas devoir insister sur la phénomalité des troubles mentaux présentés par notre malade dans le cours de sa rechute de fièvre typhoïde. Le délire aigu de cette pyrexie est aujourd'hui trop connu, dans ses principales modalités cliniques, pour que j'aie à m'étendre sur cette partie descriptive. Mais il est un point qui reste controversé : il est relatif à la question de savoir si le délire aigu ne se montre jamais que chez des sujets prédisposés, opinion qui tend à prévaloir auprès des aliénistes.

Mon observation vient à l'appui de cette manière de voir. Les premiers renseignements recueillis sur les antécédents héréditaires et personnels de la malade excluaient tout soupçon d'une tare mentale. Il n'y avait jamais eu de cas de folie dans sa famille, m'affirmait-on. La malade elle-même était représentée comme une personne très raisonnable, n'ayant jamais fait d'excès alcooliques ou vénériens, n'ayant jamais eu à endurer de fatigues intellectuelles. Elle ne présentait d'ailleurs aucun stigmate apparent de dégénérescence. Mais voici qu'en poursuivant mon enquête, j'apprends, du médecin de la famille, que le père était un alcoolique avéré et qu'il est mort dans un accès de delirium tremens, et que la malade, elle-même, passait dans sa famille pour être d'une insouciance extraordinaire; qu'il lui arrivait parfois de parler sans suite dans les idées; qu'elle avait, en outre, une grande mobilité de caractère; qu'elle était originale, fantasque.

Restent les rapports de ce délire aigu avec la fièvre typhoïde. A cet égard, différentes hypothèses sont possibles :

a. — Le délire pouvait être entretenu par la présence d'organismes bactériens dans les centres nerveux supérieurs et notamment par la présence du bacille d'Eberth. Klebs (1) a signalé la présence du bacille de la fièvre typhoïde dans des foyers de méningite suppurée trouvés à l'autopsie d'un malade mort de la dothiénentérie. Mais, il n'y a aucune comparaison à établir entre ce cas et le nôtre, car chez notre malade, il n'existait aucune trace de méningite, ni surtout de pus dans les méninges, Chantemesse et Widal (2), dans une communication à cette Société (*séance du 25 février* 1887), ont signalé que quatre fois sur huit recherches, ils avaient obtenu le bacille d'Eberth à l'état de culture pure dans les méninges ou dans le cerveau. Ils faisaient remarquer, à ce propos, que la présence de ce bacille dans les centres nerveux, rapprochée de l'absence presque constante de lésions histologiques, nous montre qu'un microorganisme peut, en pullulant sur un organe, amener les troubles fonctionnels les plus graves, sans lésions anatomiques, du moins appréciables. Malheureusement, chez notre malade, l'examen bactériologique des méninges et de la substance cérébrale a été négligé. Mais, chez un autre sujet mort de la dothiénentérie, après avoir présenté un délire bruyant, persistant, l'examen bactériologique des méninges et du cerveau n'a donné que des résultats négatifs. Je rappellerai, à ce propos, que dans des cas de délire aigu survenu en dehors de la fièvre typhoïde, l'épreuve des cultures, pratiquée avec des fragments de méninge et de substance cérébrale, n'a donné également que des résultats négatifs, ainsi que dans des cas de Buchholtz (1) et de Peli (2). Donc, la présence de bactéries (bacilles d'Eberth ou autres) dans le cerveau et ses enveloppes, chez un sujet mort à la suite d'un ou de plusieurs accès de délire aigu, ne saurait être considérée comme la cause certaine des accidents délirants (3).

b. — On peut se demander, en second lieu, si le délire, dans les cas analogues à celui que je viens de communiquer, n'était pas en rapport, sinon avec des lésions grossières de l'encéphale et de ses enveloppes, du moins avec des altérations histologiques appréciables. Parmi les aliénistes, les uns, tels que Trélat, Calmeil, etc., nient l'existence de toute altération anatomique intervenant comme élément causal dans les cas de délire aigu. Les autres, et ce sont surtout les auteurs allemands, Schüle en particulier, affirment au contraire un rapport de filiation entre le délire aigu et certains troubles vasculaires tels qu'on en a constaté chez ma malade : congestion capillaire, turgescence veineuse, piqueté hémorrhagique, œdème cérébral et ventriculaire, teinte hortensia de la substance grise, etc. Les altérations vasculaires interviendraient comme cause déterminante des accidents délirants, chez un sujet prédisposé de par l'hérédité morbide, en un mot chez un dégénéré. Cette interprétation s'appliquerait au cas de ma malade.

A ce propos, je crois devoir faire une remarque dont vous apprécierez le bien fondé. Le délire est une manifestation en quelque sorte normale de la fièvre typhoïde, et il y a longtemps déjà que certains pathologistes, Liebermeister entre autres, ont attribué comme cause aux manifestations délirantes de la fièvre typhoïde, les altérations micro-chimiques que subissent les cellules nerveuses de l'écorce grise, sous l'influence de l'hyperthermie. Ces altérations se résument dans la transformation graisseuse du protoplasma cellulaire. Certaines intoxications, l'inanition, produiraient le délire par le même mécanisme. Or, il y avait, chez ma malade, une double prédisposition à la dégénérescence graisseuse des cellules de l'encéphale : l'adiposité, qui attestait en quelque sorte la tendance des pa-

(1) *Archiv. für experiment. Pathologie und Pharmak*, t. XIII, 1881.
(2) *Bulletin et mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 1887, p. 86.

(1) *Archiv. für Psychiatrie und Nervenkr*, t. XX, fasc. 3, p. 788, 1889. Dans deux observations de Buchholtz, il existait une dégénérescence cireuse des muscles du squelette. La même constatation avait été faite précédemment par Fürstner (*Archiv. für Psychiatrie*, t. XI, fasc. 2, p. 617) dans trois cas de délire aigu. Cette constatation est à rapprocher de la fréquence avec laquelle s'observe la dégénérescence cireuse dans les cas de fièvre typhoïde.
(2) *Archiv. ital. per le malad. nerv.*, t. XXII, p. 219, 1885.
(3) Curschmann a trouvé des bacilles typhiques en abondance dans la moelle d'un malade qui avait eu une paralysie ascendante aiguë dans le cours d'une dothiénentérie. MM. Vaillard et Vincent ont aussi trouvé le bacille d'Eberth dans le cerveau, la protubérance et la moelle. (*Soc. méd. des hôpitaux*, mars 1890.)

trouvaient pas sur le crâne de l'empereur, les protubérances annoncées par leur doctrine.

Cuvier et les épigraphes de ses livres. — Puisque j'ai parlé d'autographes, la lettre ci-après de Cuvier, à mon grand oncle Dureau de La Malle, n'est pas désagréable à lire. Elle prouve le soin apporté par le grand naturaliste dans la confection de ses ouvrages :
« Vous qui lisez sans cesse les anciens poètes, recueillez-moi
« beaucoup de vers pour servir d'épigraphes aux différents chapitres
« de mon histoire des fossiles. Tout ce qui parlera d'ancien monde,
« de destruction, de résurrection et autres fracas semblables, m'est
« bon, je verrai ensuite à répartir cela selon les sujets. Je travaille
« beaucoup à cette rédaction, et j'espère que nos animaux perdus
« ressusciteront cette année par la vertu de ma baguette. » (Paris an XII).

Dr A. DUREAU.

renchymes à former de la graisse; la difficulté pour l'organisme de lutter contre l'hyperthermie profonde par les déperditions de chaleur à la surface en raison de la présence d'une épaisse couche de graisse sous la peau. J'ai pu, à maintes reprises, constater la gravité exceptionnelle que revêtait la fièvre typhoïde chez des sujets obèses, et je crois que cette gravité est pour partie du moins explicable par les raisons que je viens de dire.

Je laisse de côté les détails de l'observation qui m'ont paru moins intéressants à rappeler, pour faire connaître les résultats de l'étude microscopique et de l'étude bactériologique du pus. Cette étude a été faite au laboratoire de notre distingué collègue, M. le professeur Straus, par M. Veillon, interne des hôpitaux, bactériologiste très compétent.

Le pus de l'abcès, recueilli avec pureté, a été soumis à un examen complet.

Examen microscopique. — Dans une gouttelette de pus, étendu sur une lamelle et traité de la façon habituelle, nous avons pu constater la présence exclusive d'un bacille grêle, à extrémités arrondies, de deux à trois μ de long. Il se colorait par les couleurs d'aniline, et il était complètement décoloré par la méthode de Gram.

Cultures. — Ce pus a été ensemencé sur des plaques de gélose, sur des plaques de gélatine, en stries et en piqûre, dans les tubes de gélatine et de gélose, et, enfin, sur des pommes de terre.

Les plaques de gélose, placées à l'étuve à 35°, étaient peuplées, dès le lendemain, de nombreuses colonies formées de taches blanches, opaques, crémeuses et s'étendant rapidement.

Sur les plaques de gélatine, on voyait apparaître, au bout de deux à quatre jours, des colonies bien plus caractéristiques. Tout à fait au début, les colonies, emprisonnées dans la gélatine, formaient des points blanchâtres, granuleux; peu à peu, la colonie, arrivée à la surface, s'étalait sans faire de proéminence. A ce moment, si on l'examinait à un faible grossissement, on apercevait des taches transparentes, presque incolores, limitées par un bord sinueux. Cette tache était très réfringente et, en faisant varier le point, on voyait des parties, tantôt brunes, tantôt brillantes, avec des crêtes et des brisures rappelant l'aspect des glaciers. La gélatine n'était pas liquéfiée.

Sur toutes ces plaques de gélose on de gélatine, on ne voyait que des colonies semblables.

Sur les tubes de gélose inclinés, la culture est abondante et forme un exsudat blanc crémeux.

Dans les tubes de gélatine ensemencés par piqûre, on voit se former, le long du trait d'inoculation, un filament blanchâtre, en forme de dents de scie. Le développement reste très limité le long de la piqûre; à la surface, au contraire, la culture s'épanouit en formant un revêtement blanc, légèrement transparent, à bords sinueux s'étendant progressivement jusqu'aux parois du tube.

Enfin, sur pommes de terre, la culture est caractéristique. Les ensemencements sont faits sur des pommes préparées d'après la méthode de Roux et mises à l'étuve à 37 degrés; au bout de quarante-huit heures, les pommes de terre semblent être restées stériles; tout au plus voit-on, sur la face ensemencée, un aspect brillant et humide; cependant si, avec l'aiguille de platine, on racle cette surface, on constate, au microscope, qu'elle est recouverte d'une culture de bacilles extrêmement abondants.

Ensemencé sur la gélose colorée par la fuchsine, d'après le procédé de Gasser, il la décolorait complètement.

Ainsi toutes les cultures ont démontré la présence exclusive, dans ce pus, d'un bacille, toujours le même.

Ce bacille, dans les cultures, se présentait sous l'aspect d'un bâtonnet, court et grêle, extrêmement mobile; sa longueur était très variable; quelques bacilles formaient des pseudofilaments; ils se coloraient irrégulièrement.

Tous ces caractères permettent d'affirmer que le bacille contenu dans le pus de l'abcès n'était autre que le bacille d'Eberth.

Ces résultats prouvent donc que le bacille de la fièvre typhoïde peut devenir pyogène dans certaines circonstances, sans qu'on puisse affirmer, pour cela, qu'il est l'agent de toutes les suppurations dont peut se compliquer la dothiénentérie.

CLINIQUE DES MALADIES SYPHILITIQUES

ESSAI DE TRAITEMENT DES PLAQUES MUQUEUSES HYPERTROPHIQUES PAR LES APPLICATIONS DE TANNIN.

Par Paul Théry, prosecteur de la Faculté.

Pendant notre internat à l'hôpital du Midi, nous avons été à même de constater les difficultés du traitement de certaines formes hypertrophiques de syphilomes secondaires et en particulier des plaques anales hypertrophiques. Outre que celles-ci, par le fait de l'insouciance des malades, acquièrent parfois un volume considérable, elles sont encore entretenues par les secreta de la région et constituent par là même un accident durable et prolongé à cause d'un intertrigo qui, de cause devient bientôt effet: aussi voit-on souvent ces plaques persister alors que les accidents similaires du côté des autres muqueuses ont cessé sous l'influence du traitement général et des topiques, cautérisations au nitrate par exemple.

Aussi est-il de coutume d'employer, en vue de leur traitement, des topiques actifs, teinture d'iode, je suppose, dont l'application est parfois plus douloureuse qu'efficace. C'est le traitement généralement appliqué à l'hôpital du Midi: déjà pendant notre passage à cet hôpital, frappé des bons effets de la cautérisation actuelle en ce qui concerne les indurations consécutives au chancre, nous avions été amené à traiter de même les plaques muqueuses anales hypertrophiques avec un plein succès. Mais il faut bien l'avouer, si le traitement était efficace, il n'était applicable qu'à un petit nombre de malades résolues, et la thermo-cautérisation profonde, véritable petite opération de chirurgie qu'il faut de toute nécessité répéter à plusieurs reprises, ne nous semble pas pouvoir entrer dans la pratique courante ni devoir être proposée avec quelques chances de succès aux malades de la ville. Si bien que le médecin se trouve réduit à une pharmacopée presque nulle, puisque les applications locales des mercuriaux, qui font merveille dans la plupart des manifestations cutanées, sont ici inactives ou au moins lentes dans leur action.

A-t-on préconisé d'autres topiques? En a-t-on retiré de bons effets? Nous ne saurions, sans recherches bibliographiques, prétendre établir une priorité. Toutefois est-il que, frappé des inconvénients qui résultaient de ces papules humides au point que la marche peut être fort gênée chez certains sujets, sollicité par un de nos malades de parer à l'intertrigo qui en résultait, nous eûmes l'idée d'appliquer localement le tannin.

Au reste voici l'observation résumée: X... 26 ans, a contracté un chancre il y a trois mois. Ce chancre qui, après une fort longue incubation, a pris des proportions considérables et s'est accompagné d'une induration énorme, a été suivi à vingt jours d'intervalle d'une roséole papuleuse confluente. Avant la fin du deuxième mois, explosion de plaques muqueuses du côté de

la bouche, du gland, de l'ombilic et de l'anus; la roséole avait à peine pâli, qu'apparaît une éruption secondaire cupuliforme. État général : courbature, fièvre, céphalée, amaigrissement, insomnie, douleurs articulaires, épanchement synovial du côté du coude; somme toute, allure rapide de l'affection qui l'a fait entrer dans le cadre des syphilis graves, précoces.

Le malade ne peut tolérer le mercure qui provoque une stomatite intense et le traitement général est réduit à un nombre de pilules tout à fait insignifiant.

Nous passons sur le détail du traitement local des plaques buccales et balaniques qui, malgré de nombreuses cautérisations au nitrate d'argent, n'ont pas encore cédé.

Tourmenté par un érythème humide et des excoriations périanales, le malade nous demande un traitement, et nous lui conseillons *a priori* les applications de tannin. Le résultat fut merveilleux; au bout de 4 jours (2 applications par jour), l'érythème a disparu, les plaques se sont flétries et sont passées à l'état de papules squameuses; 8 jours après leur relief est inappréciable : 12 jours après le début du traitement il n'en reste plus trace.

Le traitement général ne saurait nullement être invoqué; nous avons dit qu'il n'était pas suivi et d'ailleurs toutes les autres plaques ont persisté.

A cette observation nous joindrons les 2 suivantes : X, âgé de 32 ans nous est envoyé par notre ami de la Niéce, interne au Midi. Chancre il y a 4 mois; marche normale. Actuellement plaques multiples du gland et du prépuce sans phimosis accidentel, plaques pharyngo-buccales; plaques hypertrophiques avec érythème humide du sillon interfessier.

Le malade a suivi un traitement interne insuffisant

Nous expérimentons de nouveau le tannin en dehors de toute médication interne : lavages de la région anale, 3 applications de poudre de tannin par jour; applications de tannin sur la région balano-préputiale. Le résultat est, comme dans le cas précédent, rapidement obtenu : en 6 jours les plaques préputiales peuvent être considérées comme guéries; à ce moment déjà les plaques anales sont sensiblement modifiées; le traitement est continué 8 jours encore. Le malade, que j'avais fait entrer à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Jean, demande sa sortie et doit revenir me voir : la plupart des plaques hypertrophiques ont disparu; il persiste cependant la plus volumineuse d'entre elles au voisinage de la marge anale; mais elle est considérablement diminuée de volume et doit disparaître dans quelques jours si le traitement est continué.

Enfin nous possédons une 3e observation : il s'agit d'un malade traité en ville pour des plaques muqueuses multiples consécutives à un chancre datant de 4 mois. Les plaques, très nombreuses sur la muqueuse bucco-linguale, étaient disséminées et peu nombreuses au niveau du sillon interfessier affectant le type papules humides discrètes : au bout de 6 jours d'application du topique, leur régression était presque totale; au 8e jour leur place n'était plus marquée que par la coloration pigmentaire des téguments.

Bien loin de nous l'idée d'attribuer au tannin quelque action spécifique sur les syphilomes muqueux secondaires : d'autant que les quelques essais que nous en avons fait sur les plaques buccales sont beaucoup moins satisfaisantes, sauf dans un cas où des plaques linguales se soudèrent rapidement.

Très probablement il n'y faut voir qu'une action astringente et il y aurait lieu d'essayer dans le même sens l'alun, la poudre de sabine et d'alun et les autres styptiques et astringents.

Il faudrait aussi pouvoir étayer son opinion sur un nombre de cas plus considérable, ce qui ne nous est guère permis, en présence du petit nombre des malades que nous pouvons rencontrer dans les services généraux de chirurgie.

Cependant le résultat avait été tel chez notre premier malade, fort soigneux de sa personne et chez lequel les plaques anales pouvaient résulter d'un manque de soin mais bien plutôt d'une syphilis intense et grave, que notre attention a été attirée sur ce point : les cas que nous avons traités dans la suite n'ont fait que confirmer notre opinion. En tout cas la simplicité, l'innocuité du traitement n'ont point besoin d'être mises en évidence et c'est à ce titre que nous le signalons comme devant être expérimenté à nouveau.

THÉRAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE LA BRONCHITE TUBERCULEUSE PAR LES INJECTIONS HYPODERMIQUES D'IODOFORME

Par le Dr Gavoy,
médecin principal de l'armée (Lille).

L'expérimentation de la lymphe de Koch a remis depuis quelque temps à l'ordre du jour le traitement de la tuberculose; il m'a paru à propos de faire connaître les résultats avantageux que j'ai obtenus, dans le traitement de la bronchite tuberculeuse, par les injections hypodermiques d'une solution d'iodoforme dans l'huile d'amandes douces.

Me basant sur l'action de l'iodoforme sur les globules du pus, je prescrivis, en 1887, ce médicament en pilules: les troubles gastriques et les nausées éprouvées par les malades, m'obligèrent à l'employer en lavements huileux, que je remplaçai bientôt, à cause de divers ennuis, par la méthode hypodermique

Au début, je fais matin et soir une injection hypodermique d'un quart de seringue de Pravaz d'une solution de 0,1 d'iodoforme dans 10 grammes d'huile d'amandes douces. Peu de malades ont offert une réaction fébrile et les résultats ont été presque toujours excellents.

Sous l'influence de ce médicament, la toux diminue rapidement, l'expectoration muco-purulente, caractéristique du catarrhe spécifique, se liquéfie et cesse à peu près entièrement; l'altération du timbre ou la raucité de la voix disparaît; la matité diminue progressivement; le poumon redevient perméable à l'air; l'inspiration est plus ample, plus profonde; le bruit vésiculaire est plus doux, les râles sous-crépitants humides s'éteignent, les sueurs nocturnes cessent, le malade n'éprouve plus de l'essoufflement pendant la marche, l'appétit renaît et les forces reviennent. Il se fait progressivement un rétablissement général manifeste, signe certain de l'enrayement de la marche du catarrhe broncho-pulmonaire vers la phthisie.

L'examen bactériologique préalable n'est pas un critérium indispensable de cet effet thérapeutique, car la présence du bacille ne peut être qu'exceptionnellement constatée au début de la bronchite tuberculeuse. De petites cavernes closes, c'est-à-dire sans communication avec l'extérieur, préexistent à la présence du bacille dans les crachats, parce que le parenchyme pulmonaire, moins résistant que les parois des bronches, est plus rapidement frappé de nécrobiose. Le bacille n'apparaît que lorsque l'ulcération de ces cavernules du parenchyme pulmonaire lui a ouvert une porte en détruisant les canaux aériens.

L'iodoforme a pour effet d'éteindre l'irritation phymatogène elle-même; de fondre, liquéfier le produit cellulo-nu-

cléaire qui obstrue les alvéoles, les vaisseaux, le tissu péri-alvéolaire et de tarir la sécrétion muco-purulente des bronches. L'action thérapentique de l'iodoforme sur les caries osseuses et les globules du pus, permet de supposer qu'il exerce une action analogue sur le tubercule jaune à l'état de ramollissement et d'ulcération, cette sorte de carie du poumon; qu'il en favorise l'élimination en déterminant la fonte de ce produit hétérogène, et enraye ainsi l'ulcération chronique du tissu pulmonaire, la consomption phthisique.

L'iodoforme, quoique agent puissant d'antisepsie, ne paraît avoir une action directe sur le bacille de la tuberculose, qu'en supprimant l'opportunité morbide du terrain, indispensable au bacille pour pulluler, en provoquant l'élimination des produits cellulo-nucléaires et en favorisant la réparation des parois alvéolaires atteintes par l'ulcération.

C'est donc par suite de la fonte des produits hétérogènes et de leur spoliation du parenchyme du poumon, que j'explique les effets si avantageux que j'ai obtenus de l'emploi de l'iodoforme en injections hypodermiques. Cette médication me paraît rationnelle; elle mérite d'être soumise à l'épreuve clinique.

REVUE DES JOURNAUX

SYPHILIS

(*Suite*) (1).

VI. — Contribution a l'étude des arthropathies syphilitiques, par le Dr C. Rasch. (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, t. XXIII; fasc. 1, p. 71, 1891.)

VII. — Les inflammations syphilitiques des doigts et des orteils, par le Dr K. Koch (*Sammlung Klinischer Vorträge*. 1890, n° 359.)

VIII. — Un cas de panaris syphilitique, par le Dr Kollmann. (*Münchner medicin. Wochenschrift*, 1890, n° 28.)

XI. — Sur la syphilis des voies respiratoires supérieures, par le Dr Schroetter. (*Wiener Klin. Wochenschrift*, 1890, n° 37 et 38.)

Les arthropathies syphilitiques représentent une des manifestations de la syphilis les moins étudiées, ce qui tient en majeure partie à leur rareté relative. On ne connaît jusqu'ici qu'un petit nombre de cas où les déterminations de la syphilis, respectant les tissus péri-articulaires, étaient localisées dans les jointures (chondro-arthrite syphilitique de Virchow, synovite syphilitique hypertrophique chronique de Finger.) M. Rasch en mentionne six, publiés par : Œdmansson (*Nordisk medic. Arkiv*, 1869), Risel *Berliner Klin*, *Wochenschrift*, 1870, n° 7 p. 77), Lancereaux (Traité historique et pratique de la syphilis, Paris 1873), Engelsted (Klinisk Vejledning til diagnose og Behandling of veneriske sygdôme. Copenhague 1877, p. 284), Gies (*Deutsche Zeitschrift fur Chirurgie*, 1881, p. 589) et Faber. (Ein Fall von schwerer allgem. Syphilis mit syphilitischer Kniegelenkentzündung. Greifswald, 1887). L'auteur joint à cette liste la description de pièces anatomiques conservées dans les collections de l'université de Copenhague, et qui se rapportent à un cas de chondro-arthrite syphilitique (rotules et tibias).

M. Rasch publie ensuite deux cas de chondro-arthrite syphilitique où l'évolution clinique de l'affection articulaire a pu être étudiée pendant des semaines, avant le dénouement fatal, l'occasion s'étant présentée ensuite d'étudier dans tous ses détails le processus histologique de ces déterminations articulaires de la syphilis.

Pour ce qui concerne d'abord ce dernier point, l'auteur a résumé les résultats de ses recherches dans ces quelques mots : La forme d'arthropathie spécifique, connue sous le nom de chondrite syphilitique, d'arthrite syphilitique hypertrophique chronique, est caractérisée « en partie par une ulcération circonscrite et par une dissociation fibrillaire du cartilage, avec formation d'excroissances villeuses, en partie par l'apparition de cicatrices radiées, déprimées, blanchâtres, dans le cartilage, en partie par un épaississement diffus de la synoviale et par une prolifération intense des villosités ». C'est en raison de ce que les lésions semblent toujours intéresser à la fois la capsule synoviale et le cartilage, que l'auteur propose de la désigner sous le nom de *chondro-arthrite syphilitique*. Cette forme d'arthropathie paraît être identique à celle dont Virchow a entretenu jadis la Société médicale de Berlin. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1884, p. 534), ainsi qu'à la forme décrite plus récemment par Schüller (*Pathologie und Therapie der Gelenkentzundungen. Wien.*, 1887). Le second des cas relatés par Rasch est de nature à faire admettre que les ulcérations des cartilages, dans cette forme d'arthropathie syphilitique, se développent aux dépens d'infiltrations gommeuses.

Au point de vue clinique, il y a lieu de noter le peu d'intensité des manifestations subjectives ; les douleurs sont faibles et la gêne fonctionnelle minime. Déjà Chomel avait signalé ce détail.

L'auteur a donné ensuite la relation de deux cas d'arthrite syphilitique du genou, guéris, et d'une façon éclatante, après administration de l'iodure de potassium. Se basant sur les quatre faits qu'il a eu l'occasion d'observer, il caractérise la symptomatologie de la chondro-arthrite syphilitique en ces termes : une tumeur diffuse assez molle de la capsule synoviale, avec limitation des mouvements à un degré assez faible, la douleur, qui présente une intensité variable, n'étant pas exagérée par les mouvements. Le diagnostic est en général très facile à faire ; il ne peut présenter quelques difficultés qu'en tant qu'il s'agit de distinguer la chondro-arthrite syphilitique de la périarthrite gommeuse des auteurs français.

VII. — Deux cas d'affections syphilitiques des doigts, où, par suite d'une erreur de diagnostic, des médecins avaient proposé de recourir à des opérations mutilantes, repoussées par les intéressés, ont été pour M. Koch une occasion de rechercher dans les recueils de la littérature médicale, les documents peu nombreux d'ailleurs qui se rapportent à l'étude de cette localisation de la syphilis.

L'auteur s'occupe d'abord de la dactylite syphilitique des adultes. Dans la plupart des faits publiés jusqu'ici, l'époque d'apparition de l'accident primitif était connue, et remontait à plusieurs années (dans quelques cas à 10-25 ans) ; dans un petit nombre de cas seulement on avait affaire à la syphilis héréditaire, ou bien les renseignements anamnétiques faisaient défaut. Dans sept cas, les lésions syphilitiques avaient eu leur point de départ dans les parties molles, évoluant tantôt sous la forme d'un épaississement diffus, uniforme, assez dur, peu douloureux, d'une phalange ou de tout un doigt et des parties avoisinantes, ou sous la forme de foyers circonscrits, de petits noyaux d'indurations, de nodosités, de bosses. Les deux formes sont susceptibles de se terminer par résolution.

(1) Voir le numéro 8.

Le plus souvent toutefois les lésions deviennent le siège d'un travail ulcératif, qui peut être superficiel, comme aussi il peut s'étendre en profondeur et donner lieu à la formation de poches. de trajets fistuleux, se cicatriser en certains points, s'étendre en d'autres, et aboutir finalement à des ulcérations serpigineuses d'aspect tout à fait caractéristique. A ces lésions peuvent s'en associer d'autres : des tuméfactions et des épaississements du périoste, des ulcérations des os, de l'ostéomyélite gommeuse, des troubles circulatoires dans les jointures avec épanchement, des altérations des ligaments, des capsules synoviales et des cartilages articulaires, sous forme d'infiltrations gommeuses. Les ongles ne sont envahis que par des troubles de nutrition relativement minimes. Les tendons et leurs gaines sont généralement respectés.

Les affections primitives des os des doigts et des orteils (dactylite syphilitique osseuse ou périostée) sont plus fréquentes. Elles consistent dans une périostite ou une ostéomyélite gommeuse, la périostite l'emportant comme fréquence. L'auteur a donné une description détaillée des caractères cliniques et anatomo-pathologiques de ces deux formes de syphilis des doigts.

M. Koch a soulevé, d'autre part, la question de savoir s'il existe, indépendamment de l'arthrite secondaire des doigts, consécutive aux altérations des parties molles et du squelette des os, une arthrite syphilitique primitive. Il répond à cette question par l'affirmative, en se basant sur une observation de Surgis et sur une autre tirée de sa pratique personnelle et dont voici un résumé : chez une femme de 24 ans, qui ne se savait point syphilitique et qui ne présentait pas de signes de syphilis héréditaire, la première articulation de l'index gauche avait été envahie, six semaines auparavant, par de violentes douleurs. En examinant la jointure malade, Koch découvrit un épanchement intra-articulaire de moyenne abondance, coexistant avec une tuméfaction considérable des parties molles, qui s'étendait jusque sur le dos de la main, tuméfaction très douloureuse. Au niveau de la jointure malade, la peau était d'un bleu foncé. Il y avait de la mobilité anormale, surtout dans le sens transversal, avec crépitation, sans doute en raison de la destruction des cartilages articulaires, de la capsule et des ligaments. Les phalanges et les métacarpiens n'étaient pas intéressés. L'immobilisation de la main, et des lotions tièdes ne donnèrent aucun résultat. Par contre l'administration de l'iodure de potassium procura une amélioration rapide, et finalement il s'établit une ankylose osseuse de la jointure malade, avec raccourcissement du doigt fixé en extension.

Tandis que chez l'adulte la dactylite syphilitique présente des caractères cliniques très dissemblables d'un cas à l'autre, chez l'enfant, au contraire, elle évolue avec une grande uniformité. Sur 19 cas relevés par l'auteur, 18 se rapportaient à la syphilis héréditaire. Le plus souvent la dactylite avait débuté dans les premiers temps de la vie, rarement après la première année et après que l'enfant eut déjà présenté des manifestations syphilitiques du côté de la peau et d'autres os.

Les altérations intéressaient les phalanges, le plus souvent la première, jamais les parties molles, comme dans les cas de spina ventosa tuberculeux. L'évolution était tantôt aiguë, tantôt chronique. D'habitude il s'agissait d'une ostéomyélite syphilitique. Dans un cas seulement, chez un enfant de 9 ans, il s'agissait d'une périostite raréfiante, avec disparition de phalanges entières et destruction des tissus articulaires. La première forme de l'ostéomyélite syphilitique est apte à guérir promptement sous l'influence d'un traitement approprié; mais le processus peut aussi envahir les parties molles, aboutir à la formation d'abcès et d'ulcérations et à des difformités des doigts. L'auteur s'est occupé longuement de l'étude anatomo-pathologique de ces lésions, ainsi que du diagnostic de la dactylite syphilitique, diagnostic qui doit être fait avec l'affection tuberculeuse, goutteuse, diabétique du même organe, avec les tumeurs sarcomateuses et enchondromateuses. Dans les cas douteux, il faut recourir au traitement spécifique, qui, en cas de succès, confirmera le soupçon d'une affection syphilitique.

Le pronostic est le plus souvent favorable, surtout chez les enfants, lorsque le traitement est institué à une époque pas trop éloignée du début. Ce traitement se résume dans l'emploi de la médication spécifique et d'un régime reconstituant. Ce n'est que dans les circonstances exceptionnelles qu'on devra recourir à un traitement local, opératoire.

VIII. — Le cas de panaris syphilitique relaté par Kollmann concerne un homme de 38 ans, qui s'était présenté avec une tuméfaction peu douloureuse des parties molles des deuxième et troisième phalanges de l'index ; on eût dit, à première vue, un phlegmon chronique. Au bout de dix jours environ, des rhagades sont apparues autour de l'ongle, pour donner issue ensuite à des granulations d'un rouge pâle, qui se sont propagées sous l'ongle et en ont occasionné la nécrose. Dans la suite, des abcès lymphangitiques se sont formés au bras, qui après incision, se sont transformés en ulcérations lardacées. En présence de l'insuccès des médications banales, et quoiqu'il n'y eût aucune raison positive de croire à une syphilis antécédente, on institua le traitement spécifique, qui, à la longue, amena la guérison complète des accidents présentés par la malade. L'auteur conclut qu'il s'agissait, selon toute vraisemblance, d'une dactylite syphilitique dépendant d'une syphilis congénitale latente.

IX. — Sur l'ensemble des malades qui ont passé par la clinique de Schrœtter dans l'espace de onze années, 16,8 0/0 étaient des syphilitiques avérés. Eu égard aux localisations des manifestations de la syphilis dans les voies respiratoires supérieures, ces cas se répartissaient ainsi :

Dans les fosses nasales seules, 1,1 0/0; dans les fosses nasales et dans d'autres régions, 1,7 0/0; dans le pharynx seul, 5,4 0/0; dans le pharynx et dans d'autres régions, 8,6 0/0; dans le larynx seul, 6,4 0/0; dans la trachée 0,2 0/0. Pour les malades qui se sont présentés à la consultation externe, la proportion des syphilitiques n'a été que de 2 0/0, et les manifestations syphilitiques siégeaient surtout dans la bouche et dans le pharynx.

Dans le service de M. Lang, qui reçoit exclusivement des syphilitiques, sur un total de 300 malades, 36,6 0/0 présentaient des accidents du côté des voies respiratoires supérieures, à savoir : 21 0/0 dans le pharynx, 4,6 0/0 dans le larynx, 7,6 0/0 dans le pharynx et dans le larynx; un seul cas de syphilis des fosses nasales.

On a observé deux cas seulement de chancre primitif du pharynx, dont un consécutif au cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Eu égard à la nature des accidents syphilitiques, le travail de Schrœtter nous fournit les renseignements suivants :

Papules du pharynx, 17 0/0, à la clinique de Lang, 0,4 à la clinique de Schrœtter; papules avec autres accidents, 0,3 0/0 dans les deux services.

Condylomes plats, très rares.

Ulcérations, 0,6 0/0 (L), 6,1 0/0 (S); avec autres accidents, 2,4 0/0.

Cicatrices, 2,6 0/0 (L), 0,3 0/0 (S); dans 0,3 0/0 des cas, avec rétrécissement ayant donné lieu à des accidents graves et ayant nécessité un traitement mécanique.

Eruption maculeuse du larynx, dans aucun cas.

Papules du larynx, 2,6 0/0 (L), 0,1 0/0 (S).

Gommes du larynx, 0,3 0/0 (L), 0,15 0/0 (S).

Ulcérations du larynx 1,3 0/0, dans les deux services.

La périchondrite a été observée à la clinique de Schrœtter dans la proportion de 20 0/0; le plus souvent elle siégeait au niveau du cartilage aryténoïde. Elle ne s'accompagnait pas toujours de douleur; de même la suppuration peut faire défaut, il peut y avoir formation d'un exsudat simple, avec ankylose consécutive.

Cicatrices du larynx, 2,3 0/0.

Ulcérations de la trachée, 0,3 0/0; cicatrices, 0,05 0/0.

Le rétrécissement des bronches par des cicatrices spécifiques est rare.

Catarrhe syphilitique des fosses nasales, 0,3 0/0 (L) et 0,05 0/0 (S). *Ulcérations*, 1,5 0/0; elles occupent surtout la cloison cartilagineuse.

La dépression du nez en dos de selle est due à la rétraction du tissu conjonctif entre la cloison et les téguments.

E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

CHIRURGIE ET MÉDECINE A L'EXPOSITION UNIVERSELLE DE 1889, par le Dr AUG. REVERDIN, professeur à la Faculté de médecine de Genève (1).

« Chargé », dit l'auteur « par le département fédéral des affaires étrangères, de siéger comme juré à l'Exposition universelle de 1889, j'ai été à même de voir de près les progrès réalisés durant ces dernières années, dans les sciences médicales et chirurgicales. »

Le professeur Aug. Reverdin de Genève, qui tient une place élevée dans l'Europe chirurgicale, était mieux que personne à même d'apprécier l'étendue de la marche en avant qu'a effectuée, dans ces vingt dernières années, la chirurgie contemporaine.

Apôtre de l'antisepsie à l'époque où cette méthode était discutée en France par des haussements d'épaules dédaigneux, le chirurgien de Genève se réjouit de voir gagnée une cause qu'il était dans les premiers à défendre. La méthode antiseptique a désarmé ses adversaires les plus obstinés. — Pour se convaincre de son triomphe, on n'a qu'à lire l'intéressant exposé de M. Reverdin.

Les manches des instruments, le jeu des articulations, les tables d'opérations, tout cela est simple, commode, lisse, d'un nettoyage facile.

Voici venir, tant dans la section française que dans les sections étrangères, tout un défilé de couteaux, de crochets, de scies, de pinces, d'aiguilles. C'est à donner au lecteur une véritable fringale opératoire.

En passant, une critique de quelques instruments, tels le polytritome de Péan : en le voyant, dit l'auteur, on est tenté de se demander si c'est lui, ou le chirurgien qui opère.

Dans les sections étrangères, se trouvent exposés les perfectionnements, et ils sont nombreux, que l'auteur a apportés à l'arsenal chirurgical.

Qu'on nous permette d'en signaler quelques-uns :

(1) Bienne. Imprim. Alb. Schüler.

L'aiguille de Reverdin et son dernier modèle dont le chas se referme sûrement lorsque le fil est en place, sont appréciés universellement.

Le dilatateur pour injections intra-utérines imaginé par l'auteur nous a rendu personnellement de grands services et est supérieur à tous les instruments de ce genre. Un modèle à branches plus larges sera utilisé pour les accidents puerpéraux. Pour les métrites simples, alors que l'orifice du col est plus étroit, M. Demaurex (de Genève) construit un instrument plus effilé. Ce n'est pas là un mince avantage que d'arriver à opérer avec le même instrument et séance tenante, à la fois la dilatation et le lavage d'un utérus enflammé.

Mentionnons encore l'ouvre-bouche pour l'anesthésie, destiné à pallier les dangers de l'asphyxie, différents modèles de pinces, une sonde métallique à jet récurrent pour lavages de l'urèthre, le mode de préparation du catgut spécial à l'auteur et qui consiste à soumettre le catgut pendant cinq à six heures à une température de 130° à 140°, dans une étuve sèche. Ce catgut, conservé dans l'alcool à 95°, est absolument stérilisé.

Tous les perfectionnements, et nous n'avons pu les exposer tous, dont l'instrumentation chirurgicale est redevable à M. Reverdin, témoignent d'une intelligence très nette des difficultés opératoires et d'une grande ingéniosité à les surmonter.

M. le prof. Reverdin termine sa brochure par les paroles suivantes : « Je ne saurais taire sans ingratitude le sentiment de profonde admiration que j'ai éprouvé, tant pour l'accueil large et sympathique fait à notre petite république par nos voisins de France, que pour l'œuvre gigantesque qu'ils ont osée et réussie. »

A notre tour, nous remercions M. le prof. Reverdin des paroles louangeuses que sa brochure renferme à l'adresse de la chirurgie française.

FIESSINGER.

REVUE DES THÈSES

PATHOLOGIE MENTALE

DE LA DOUBLE FORME PLUS SPÉCIALEMENT CONSIDÉRÉE DANS SES RAPPORTS AVEC LA PARALYSIE GÉNÉRALE, par le Dr Charles-Amable GILLES. (Thèse de Paris.)

Thèse très intéressante et conçue dans un excellent esprit clinique. L'auteur y étudie d'une façon complète la variété circulaire ou à double forme de la paralysie générale, qui n'était connue jusqu'ici que d'une façon insuffisante et seulement par quelques rares travaux ou observations.

Voici les conclusions de ce travail, qui mérite réellement d'être lu et consulté :

1. — La folie paralytique à double forme a droit de figurer parmi les formes cliniques de la paralysie générale au même titre que les autres variétés vésaniques.

Elle est à la psychose circulaire ce que les variétés ambitieuse et hypochondriaque sont aux vésanies simples (manie et mélancolie).

2. — Ce type clinique se présente plus spécialement lorsque la paralysie générale se développe chez un individu prédisposé à la folie en vertu des lois de l'hérédité morbide progressive.

3. — Les rémissions sont plus fréquentes que dans les autres formes de paralysie générale : elles constituent les intervalles lucides qui séparent deux phases de caractère opposé.

4. — La marche de la maladie est fort irrégulièrement pro-

gressive. On observe souvent la rétrocession des phénomènes morbides les plus accusés, et le malade, qui semblait parvenu au dernier degré de déchéance organique et mentale, subit une véritable rénovation aussi bien corporelle que psychique.

Cette métamorphose est plus particulièrement en rapport avec l'apparition de l'une ou l'autre phase.

Mais c'est surtout pendant la période mélancolique que l'on observe ces phénomènes d'affaissement intellectuel et de débilitation organique avec troubles trophiques.

A la période expansive se rattache plutôt cette amélioration temporaire que nous venons de signaler.

5. — Certaines circonstances paraissent favoriser le passage d'une période à l'antre (production d'une eschare — attaque congestive — retour de l'époque cataméniale — invasion d'une maladie aiguë, etc.).

6. — La folie paralytique à double forme peut se déclarer d'emblée, à la suite d'un ou de plusieurs accès de folie simple ou dans le cours d'une double forme essentielle.

7. — Elle se termine presque invariablement par la mort. La terminaison par guérison est tout à fait exceptionnelle, pour ne pas dire hypothétique.

8. — On retrouve dans la folie paralytique à double forme les différents types de la psychose circulaire. Plusieurs de ces types peuvent se succéder chez le même malade au cours de la paralysie générale.

La forme alterne de M. J. Falret est plus fréquente chez les paralytiques que chez les simples vésaniques.

9. — La succession des phases opposées est quelquefois arrêtée par les progrès de la démence paralytique, et les manifestations psychiques se mélangent dans le plus grand désordre.

10. — Dans la généralité des cas, la durée de la maladie se prolonge beaucoup plus longtemps que dans la paralysie générale commune.

11. — Enfin, la folie paralytique à double forme présente des signes diagnostiques qui permettent de la différencier des autres formes vésaniques de la paralysie générale et de la psychose circulaire.

BULLETIN

TRANSMISSIBILITÉ DE LA TUBERCULOSE PAR LE LAIT DE VACHE. — TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR LA TRANSFUSION VEINEUSE DU SÉRUM DE SANG DE CHÈVRE. — VARIABILITÉ DE L'ACTION PATHOGÉNIQUE DES MICROBES SUIVANT LE MILIEU ET NÉCESSITÉ D'EN TENIR COMPTE DANS LES EXPÉRIENCES DE CONTROLE.

MM. Olivier et Nocard ont apporté à l'*Académie de médecine*, de nouveaux faits qui semblent démontrer le danger du lait de vache non bouilli. Quelque excellentes que semblent les conditions dans lesquelles vit une vache, et bien qu'elle présente toutes les apparences de la santé la plus parfaite, au point d'être primée dans les concours, elle peut recéler en elle d'une manière latente le germe de la tuberculose et le transmettre à l'homme qui s'alimente de son lait. En admettant que de pareils faits ne soient pas à l'abri de toute objection, il suffit que le doute existe pour qu'on n'hésite pas à prendre une précaution aussi simple que celle de faire bouillir le lait. Sans doute ses qualités digestives, quoi qu'on en ait dit, pourront en souffrir; mais entre deux dangers il faut choisir le moindre.

— La nature semble souvent placer le remède à côté du mal. Si la vache peut nous donner la tuberculose, sa voisine de ferme, la chèvre, nous offre le moyen de combattre la maladie. Nous avons déjà parlé, dans un précédent *Bulletin* (*Gaz. méd.* du 24 janvier 1891), des expériences entreprises par M. Lépine sur les injections sous-cutanées de sérum de chèvre chez les tuberculeux. M. Lépine, à l'exemple de MM. Ch. Richet, Héricourt, Saint-Hilaire, etc., n'a pas tardé à reconnaître que la voie sous-cutanée ne permet pas d'introduire la quantité de sérum nécessaire et, tandis que MM. Saint-Hilaire et Coupard cherchaient à la remplacer par la voie trachéale (v. *Gaz. méd.* du 7 février), il a eu recours de préférence à la voie intra-veineuse. Dans un article publié mercredi dernier dans la *Semaine médicale*, il montre l'innocuité des transfusions intra-veineuses de sérum de sang de chèvre, et décrit le *modus faciendi* en indiquant les précautions à prendre pour prévenir tout accident. « Théoriquement, dit-il, l'infusion dans le sang d'un sérum, étranger n'est assurément pas sans danger, puisqu'on est exposé à produire des coagulations intra-vasculaires; mais, *pratiquement*, cette infusion m'a paru jusqu'à présent innocente, pourvu, bien entendu, qu'on opère avec une grande lenteur. Ce n'est pas à dire qu'on n'observera jamais d'inconvénients de telles injections : toute intervention thérapeutique, même la plus insignifiante, a parfois des dangers; mais, encore une fois, les craintes qu'on pouvait concevoir sur l'entrée dans les veines d'une petite quantité de sérum étranger, sont certainement exagérées. »

M. Lépine a déjà traité plusieurs phthisiques, ayant des bacilles de Koch dans les crachats, par la méthode en question. Il leur injecte tous les deux ou trois jours, de 80 à 100 cc. de sérum par une des veines du bras. Sauf quelques urticaires sans importance, il n'a pas eu de complications. On pourrait craindre d'introduire, avec le sérum, dans le torrent circulatoire des malades, quelques-uns des germes pathogènes de l'air à l'abri desquels il est difficile de se tenir pendant les différentes manipulations du sérum : les faits ont montré que ces craintes ne sont pas fondées. On peut supposer, avec M. Lépine, que ces microbes, s'il en survient, ne résistent pas à l'action bactéricide du sérum servant à la transfusion.

M. Lépine, dans son travail, se borne à faire ressortir la possibilité et l'innocuité de la transfusion intra-veineuse du sérum chez les tuberculeux. Ses essais sont trop récents pour lui permettre d'en apprécier les résultats thérapeutiques. Quels que soient ces résultats, la méthode de traitement expérimentée par notre savant confrère, en raison des difficultés techniques qu'elle présente, sera sans doute d'une application restreinte; mais, outre qu'elle peut conduire à des procédés plus pratiques, on ne saurait se priver d'aucune arme, quand il s'agit de lutter contre la tuberculose.

— Nous avons insisté, dans un précédent *Bulletin* (*Gaz. méd.* du 14 février), sur la contingence de l'action pathogénique des microbes en nous appuyant sur la variabilité et la multiplicité de cette action pour le même micro-organisme. Nous avons pris, comme exemple, le bacille d'Escherich qu'on voit produire, ici le choléra nostras (Gilbert et Girode), là la fièvre typhoïde (G. Roux et Rodet), ailleurs les accidents cholériformes de l'étranglement interne ou herniaire (Vaillard), d'autres fois l'angiocholite suppurée (Gilbert et Girode). MM. Charrin et Roger, à propos de cette dernière action pyogénique du bacterium coli commune, ont communiqué à la *Société de Biologie*, des expériences dans lesquelles, en cultivant ce bacille recueilli dans des foyers d'angiocholite, et en l'inoculant à des lapins, ils ont reproduit chez ces animaux des

angiocholites suppurées. Ils en concluent que le baterium coli commune, hôte habituel de l'intestin, exerce ou peut exercer une action primitive sur le foie, et n'existe pas dans cet organe, quand on l'y trouve, comme un micro-organisme banal, venu secondairement dans des tissus déjà malades.

M. Gilbert a posé, avec raison, la question de savoir si le bacille d'Escherich, pris tel qu'il existe normalement dans l'intestin, aurait sur le foie la même action pyogénique que celui qui a été recueilli dans les voies biliaires malades. Cette question reste à résoudre, et M. Charrin en a montré l'importance. Rien ne dit, en effet, que le bacille, trouvé dans les foyers d'angiocholite, ait été l'agent pathogène primitif de la lésion. Le foie a pu être d'abord malade et ce n'est que secondairement que le bacille, venu de l'intestin, y a trouvé des conditions favorables à son développement et a contribué ainsi à accroître le processus morbide. D'autre part, il peut avoir acquis, dans ce nouveau milieu, des propriétés pathogéniques particulières, accidentelles, et transmettre, aux animaux auxquels il a été inoculé, une poussée d'angiocholite que le même microbe, provenant de son milieu habituel, serait impuissant à provoquer. De pareils faits sont loin d'être exceptionnels; c'est ainsi par exemple, que, dans la dernière séance de la *Société médicale des hôpitaux*, MM. Raymond et Chantemesse ont montré, une fois de plus que, dans certaines conditions, le bacille de la fièvre typhoïde peut devenir pyogène.

Il y a donc à tenir compte, dans toutes les expériences de microbiologie, comme en clinique, des propriétés pathogéniques secondaires, accidentelles des microbes, en regard de leurs propriétés pathogéniques primitives, habituelles, fondamentales, et de les contrôler les unes par les autres, car il importe toujours, et à tous les points de vue, de ne pas prendre l'effet pour la cause et *vice versa*.

Dr F. DE RANSE.

NOTES ET INFORMATIONS

Épidémies. — M Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé au ministère de la guerre, a été envoyé à Montargis où l'on signalait une épidémie de fièvre typhoïde dans la garnison. Accompagné de M. le docteur Mathieu, directeur du service de santé du 5e corps d'armée, et des chirurgiens-majors du 89e de ligne, il s'est rendu à l'hôpital pour visiter les malades. Ces hommes appartiennent tous au 1er bataillon du 89e; pendant les grands froids, on leur avait donné à boire de l'eau d'un puits qui a produit l'éclosion de la maladie. Deux soldats sont morts et quatre autres sont gravement malades. La cause du mal ayant été reconnue, on a aussitôt interdit l'usage de l'eau de puits, qui a été remplacée par de l'eau de source. Il y a donc lieu de penser que l'épidémie ne fera pas de nouvelles victimes.

Faculté de médecine de Toulouse. — On a distribué à la Chambre des députés un projet de loi portant ouverture d'un crédit de 221,667 francs pour l'installation de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse. L'exposé des motifs dit :

« La Faculté fonctionnera à partir du 16 mars 1891.

« Il est donc indispensable de pourvoir dès cette date aux dépenses tant du personnel que du matériel. Le montant de ces dépenses s'élèvera annuellement à 280,000 francs. Suivant les deux conventions de 1880 et de 1886, et la délibération du conseil municipal en date du 16 octobre 1890, la ville de Toulouse prend à sa charge la totalité des dépenses; toutefois, il lui sera tenu compte des droits perçus par l'Etat, et la ville versera la différence dans les caisses du Trésor public.

Le crédit afférent à l'exercice 1891 est calculé pour la période du 16 mars au 31 décembre, soit, sur le chiffre total de 280,000 francs, une somme de 221, 566 fr.

Législation des Aliénés. — Dans la séance de lundi dernier la Chambre des députés a pris en considération la proposition de loi de M. J. Reinach sur le régime des aliénés.

Revaccination des externes des hôpitaux. — L'administration de l'Assistance publique de Paris a adressé à tous les chefs de service des hôpitaux la circulaire suivante :

Paris, le 12 février 1891.

Monsieur le Docteur,

Aux termes du règlement sur le service de santé, les élèves en médecine qui désirent prendre part au concours pour les places d'externes, sont tenus de produire, indépendamment des autres pièces nécessaires pour leur inscription, un certificat de revaccination portant une date récente.

Ce certificat a été exigé de tous les candidats au moment de leur inscription pour le concours de l'externat. Mais l'action de l'Administration se trouve forcément bornée à la constatation de l'existence de cette pièce administrative, et il n'est pas en son pouvoir d'apprécier si ceux qui l'ont produite peuvent, sans danger, faire un service dans nos hôpitaux.

Il serait donc désirable que MM. les Chefs de service voulussent bien d'abord s'assurer que la revaccination constatée par ce certificat a pu produire tous ses effets et, en même temps, user de l'autorité qu'ils exercent à juste titre sur leurs élèves pour obliger ceux qu'ils ne considéreraient pas comme étant à l'abri de la contagion à se faire vacciner de nouveau.

Les mutations qui viennent d'avoir lieu dans le personnel des internes et des externes me paraissent offrir une occasion favorable pour exercer ce contrôle si nécessaire, et je vous serai très obligé, Monsieur le Docteur, de vouloir bien vérifier par vous-même si les nouveaux élèves qui ont été classés dans votre service ont été tous revaccinés efficacement, ou s'il ne serait pas utile qu'ils se fissent inoculer de nouveau.

Je compte sur votre bienveillant concours pour aider l'Administration dans l'application d'une mesure prise dans l'intérêt de tous, et surtout dans l'intérêt de nos élèves que leur situation expose à de fréquents dangers.

Agréez, Monsieur le Docteur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

pour le Directeur
de l'Administration générale de l'Assistance publique,
H. DEROUIN.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

Travaux pratiques d'histologie sous la direction de M. Rémy, agrégé, chef des travaux. — Les travaux pratiques d'histologie du semestre d'été, obligatoires pour les élèves docteurs de 2e année, commenceront le mardi 7 avril 1891, et se continueront les jeudi, samedi et mardi de chaque semaine, de 2 h. 1/4 à 4 heures de l'après-midi (Ecole pratique 15, rue de l'Ecole-de-Médecine).

Le laboratoire sera ouvert, à partir du 10 mars 1891 les mardi, jeudi, samedi, de 4 à 6 heures de l'après-midi, aux élèves de 3e année qui désireraient examiner des préparations histologiques en vertu du 2e examen (1re partie) de doctorat.

— La question suivante est mise au concours de 1891 pour le prix Corvisart : *Du diagnostic de la pleurésie et de la pneumonie aiguë.*

— Les cours du semestre d'été commenceront le 16 mars prochain.

— Les vacances de Pâques auront lieu cette année du 22 mars au 5 avril.

Facultés et écoles des départements.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Castan, aide de chimie, est nommé préparateur de médecine légale.

Hôpitaux de Paris. — Le jury du concours du Bureau central est actuellement composé de MM. Brocq, Ollivier, Hanot, Rendu, Gouguenheim, Moizard et Humbert.

Les candidats inscrits pour les trois places mises au concours, sont, par ordre alphabétique :

MM. Achard, Barbe, Barbier, Baudoin, Béclère, Belin, Berbez, Besançon, Blocq, Bourcy, Bourdel, Bruhl, Capitan, Cayla, Coffin, Dalché, Darier, Delpeuch, Deschamps, Despréaux, Dubief, Duflocq, Duplaix, Durand-Fardel, Florand, Gallois, Gauchas, Gaume, Gennes (de), Gilles de la Tourette, Gillet, Giraudeau, Girode, Guinon (A), Guinon (G), Havage, Hudelo, Jacquet, Jeanselme, Klippel, Laffitte, Launois, Lebreton, Legendre, Lermoyez, Lesage, Lion, Lyon, Marfan, Martin de Gimard, Mathieu (Alb.), Ménétrier, Méry, Morel-Lavallée, Nicolle, Œttinger, Pignol, Polgnère, Poupon, Queyrat, Raymond (Paul), Ribail, Robert, Roger, Springer, Thoinot, Tissier, Vaquez, Weber, Widal, Würtz.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

A la Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Traité de l'anémie par insuffisance de l'hématose, par le Dr E. Maurel, professeur à l'École de médecine de Toulouse. Un volume in-8° de 350 pages avec figures. — Prix : 7 francs.

Recherches expérimentales sur les leucocytes, par le Dr E. Maurel. — Deuxième fascicule, in-8 de 135 pages, avec figures. — Prix : 3 francs. — Paru précédemment : le 1er fascicule, in-8°. — Prix : 2 fr. 50.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 15 AU 21 FÉVRIER 1891.

Fièvre typhoïde, 14. — Variole, 2. — Rougeole, 18. — Scarlatine, 8. — Coqueluche, 7. — Diphtérie, croup, 51. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 223. — Autres tuberculoses, 34. — Tumeurs cancéreuses et autres, 49. — Méningite, 33 — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 39 — Paralysie, 10. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 81. — Bronchite aiguë et chronique, 91. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 141. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 33. — Fièvre et péritonite puerpérales, 8. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 27. — Sénilité, 38. — Suicides et autres morts violentes, 38. — Autres causes de mort, 227. — Causes inconnues, 17. Total 1200

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F. DE RANSE**
Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).
Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 58, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

HOPITAL NECKER. — CLINIQUE DU PROFESSEUR LE DENTU.

LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Leçon rédigée par le Dr Pierre Sebileau, *prosecteur des hôpitaux.*

Messieurs,

Voici l'histoire d'une malade à qui j'ai pratiqué récemment, devant vous, une laparotomie, et qui est, aujourd'hui complètement guérie. Cette femme, qui a eu trois enfants après des grossesses et des accouchements normaux, a joui, jusqu'au mois d'août dernier d'une excellente santé; sa menstruation était régulière et périodique ; il n'existait chez elle aucun trouble génital. Pour la première fois au mois d'août les règles subirent un léger retard de quatre jours, qui se reproduisit dans le courant de septembre. En octobre, neuf semaines avant l'entrée de la malade dans mon service, des symptômes plus graves éclatèrent subitement, elle fut prise de douleurs vives dans le flanc droit, et perdit connaissance. Mais ces accidents furent de courte durée : sortie rapidement de son état lipothymique, la malade ne souffrit violemment que pendant quelques heures. Et l'on peut dire que la même soudaineté qui avait marqué le début des douleurs marqua aussi leur disparition. Cependant, le lendemain, une assez grande quantité de sang noir s'écoula par la vulve ; cette métrorrhagie dura huit jours, puis cessa ; mais elle ne tarda pas à se manifester de nouveau, pour disparaître encore, de telle sorte que sept semaines durant, notre malade perdit par intermittences du sang en quantité variable, l'hémorrhagie subissant au moment de la période menstruelle, une notable recrudescence.

C'est le 24 novembre que je pratiquai pour la première fois l'examen. L'utérus était devié à droite et, en avant, au-dessus de son bord droit, je sentais l'ovaire droit qui était en prolapsus; la trompe du même côté, fuyant sous le doigt explorateur, échappait à l'examen. A gauche, il était facile de percevoir, par le toucher vaginal, une tumeur ovoïde, du volume d'un gros œuf, jouissant d'une certaine mobilité, et refoulant la matrice qu'elle avait déplacée en se développant derrière elle.

Je diagnostiquai une dilatation de la trompe gauche, mais ne voulus point me prononcer sur sa nature et son origine. J'éliminai cependant l'hydrosalpinx et le pyosalpinx, car il manquait à cette affection la métrite antérieure qui marque l'origine et le début de la salpingite inflammatoire. Je pensai que la trompe transformée en kyste contenait du sang, mais ne préjugeai en rien la cause de cette lésion, et conclus que l'extirpation de la tumeur par la laparotomie s'imposait. Je dois dire que la possibilité d'une grossesse extra-utérine me vint à l'esprit, j'interrogeai la malade: ses seins n'avaient pas grossi, ses règles, quelques modifications qu'elles eussent subies, ne s'étaient pas taries; il n'existait ni nausées, ni vomissements. Je rejetai mon hypothèse. Et pourtant, comme il me restait quelque doute, le matin même de l'opération, je priai M. Pichevin, moniteur de gynécologie dans mon service, d'interroger à nouveau notre patiente. Elle lui confessa que son veuvage ne l'avait point empêchée de s'exposer à la grossesse, que ses seins avaient augmenté de volume, qu'elle avait vomi, qu'elle se croyait enceinte, mais qu'elle n'avait pas osé faire l'aveu. M. Pichevin se prononça très fermement, sur ces symptômes, pour l'existence d'une grossesse extra-utérine. Et l'événement est venu lui donner raison. Le même jour, en effet, j'ouvris le ventre, et je rencontrai dans le petit bassin un kyste qui, libre de toutes connexions avec les organes voisins, adhérait pourtant au cul-de-sac de Douglas; dans la partie inférieure de ce cul-de-sac, étaient logés plusieurs caillots fibrineux piquetés de rouge, qui n'avaient pas la couleur noire uniforme des caillots nouveaux ni la teinte blanc rosé des caillots déjà vieux ; ils étaient, sans doute, le produit d'une hémorragie relativement récente.

A mon avis cette hémorrhagie remonte à l'époque où la malade a présenté sa crise de douleurs aiguës. A ce moment, le kyste tubaire, rempli de sang, s'est rompu dans le péritoine. Je sais bien que les douleurs ont été surtout vives du côté droit ; mais c'est là un fait qui n'est pas très rare en chirurgie abdominale, et vous verrez assez souvent le siège de la réaction douloureuse du péritoine ne pas correspondre à celui de la lésion. Ce kyste, Messieurs, était un kyste fœtal, et la déchirure des parois qui a permis l'irruption du sang dans la cavité péritonéale a aussi permis la chute de l'embryon dans le cul-de sac de Douglas où il est mort et s'est atrophié. Dès ce moment le cours régulier de la grossesse a été interrompu, et les symptômes qui avaient signalé son début ont disparu ; elle était alors à la sixième semaine de son évolution.

Une laparotomie assez facile, contrariée seulement par les quelques adhérences que je vous signalais tout à l'heure, nous a permis d'extraire de la cavité abdominale cette tumeur fœtale, dont nous avons fait un examen scrupuleux. La paroi externe du kyste était formée par la trompe dilatée en deçà du pavillon; la paroi interne par une membrane sur laquelle

on a reconnu tous les caractères de l'amnios; entre les deux, se trouvaient quelques caillots lamelleux ; enfin, sur un point de la paroi centrale, quelques villosités faisaient saillie, présentant tous les caractères de villosités choriales encore jeunes, puisque l'interruption du cours de la grossesse les avait arrêtées dans leur développement.

Ces cas de grossesse extra-utérine, Messieurs, ne sont pas très rares; mais ils soulèvent, comme vous le voyez, touchant leur diagnostic, leur anatomie pathologique, leur évolution, leur traitement surtout, une série de questions très intéressantes, que je tiens à développer devant vous.

Il existe, comme vous le savez, plusieurs variétés de grossesse extra-uterine ; si l'embryon se développe dans la trompe, la grossesse est appelée *tubaire*, et, suivant le segment où il s'implante, celle-ci est dite *tubo-utérine*, *tubo-abdominale*, *tubo-ovarique* ; si l'embryon se développe à la surface de l'ovaire, la grossesse *ovarique* est constituée ; s'il croît dans le péritoine, c'est la grossesse *abdominale*, et enfin la grossesse *sous-péritonéo-pelvienne* ou *intraligamenteuse* si le kyste fœtal siége entre les deux feuillets du ligament large.

A propos de ces deux dernières variétés, je dois vous dire que les anatomo-pathologistes ne sont pas d'accord; les uns pensent que l'œuf fécondé peut, dévié de sa voie normale, tomber dans le péritoine ou s'infiltrer, en quelque sorte, dans le tissu cellulaire des ligaments larges et y subir les lois normales de son développement; il existerait à ce compte des grossesses péritonéales et sous-péritonéales *primitives* ; d'autres pensent, au contraire, qu'elles ne sont autre chose que le résultat de la chute dans un endroit différent, d'un embryon déjà développé dans la trompe; elles seraient, à leur avis, *secondaires*. Voyons comment réagit chacun de ces organes sous l'influence de l'œuf qui se développe, comment le placenta se met en rapport avec eux pour le nourrir, et enfin ce que devient cet œuf ainsi ectopié plus ou moins loin de l'utérus, son domicile habituel.

Dès que l'ovule s'est greffé sur la muqueuse tubaire, les parois de la trompe s'hypertrophient pendant deux mois, puis subissent, par disparition de leurs fibres musculaires, une atrophie graduelle et se transforment en une simple lame de tissu cellulaire qui forme la couche la plus externe du sac fœtal; la muqueuse se développe, devient tomenteuse, et forme une véritable caduque. Sur elle, au niveau de ce qu'on pourrait appeler la *sérine tubaire*, l'œuf se fixe, grandit, et s'entoure de deux couches nouvelles qui lui sont propres, le chorion et l'amnios. Grâce à la gaîne périphérique que lui forme la musculature de la trompe, il conserve d'habitude, sur les tissus voisins, une mobilité complète.

Lorsque l'ovule tombe dans la cavité péritonéale, il se forme bientôt autour de lui des exsudats plastiques, fibrineux, qui se transforment en tissu conjonctif adulte et sont l'origine d'adhérences multiples entre le kyste fœtal et les organes abdomino-pelviens, les ligaments larges, la vessie, l'ovaire, l'utérus, le foie et la rate. Ces adhérences sont ordinairement très vasculaires. J'en dirai autant de la grossesse tubo-ovarique et de la grossesse ovarique.

Ce qu'il y a de curieux, Messieurs, dans la grossesse extra-utérine, ce sont les modifications que subit l'utérus : il devrait, semble-t-il, rester indifférent à la vie et au développement d'un embryon, à la nutrition duquel il ne pourvoit point. Il n'en est rien. La matrice subit ordinairement dans sa structure et son volume des changements considérables, et, chose particulière, ces changements sont d'autant plus accentués que le kyste fœtal se développe plus près de lui. Il s'hypertrophie en tous sens, en longueur surtout; le col lui-même devient plus gros, mais ne subit pas ce ramollissement si caractéristique, qui est un de meilleurs signes de la grossesse normale; la muqueuse se tuméfie, bourgeonne et se plisse; elle va même, quelquefois, jusqu'à se détacher, et forme ainsi une véritable membrane caduque, qui s'élimine bientôt, puisqu'aussi bien elle n'a aucune raison de demeurer dans la matrice; entre le corps et le col on voit souvent un bouchon muqueux qui ferme l'orifice cervical.

Les rapports du kyste fœtal et de l'utérus ne sont pas toujours les mêmes : dans la grossesse tubaire, celui-ci est refoulé du côté opposé; dans la grossesse abdomiuale, qu'elle soit primitive ou qu'elle résulte de la rupture d'un kyste tubaire, la matrice est repoussée en avant ; mais, dans ce dernier cas, elle conserve toujours une inclinaison latérale, la poche gardant toujours quelques-unes de ses attaches primitives.

Le placenta, qui ne présente rien de bien particulier dans la grossesse tubaire, est ordinairement volumineux et de forme irrégulière dans la grossesse abdominale; il se fixe en un point quelconque de la cavité péritonéale, mais plus spécialement dans le petit bassin; on l'a vu adhérer à la face postérieure de l'utérus, au mésentère, aux circonvolutions de l'intestin grêle, à la paroi abdominale.

Rien de plus incertain que l'avenir de l'embryon ectopié : il peut vivre jusqu'au terme de la grossesse, ce qui est relativement rare et ce qu'on ne constate guère que dans les cas de gestation sous-péritonéo-pelvienne; alors, au moment où finit pour lui la vie placentaire les phénomènes prémonitoires de l'accouchement se manifestent chez la mère; mais le travail n'aboutit pas; l'enfant meurt, joue le rôle d'agent infectieux et bientôt la femme est emportée par la septicémie ou une péritonite suraiguë; dans des cas plus heureux, celle-ci survit et évacue spontanément son fœtus, après suppuration du sac, à la faveur d'une perforation des parois abdominales, du rectum, du vagin ou de la vessie, mais doit faire les frais d'une interminable sécrétion purulente, qu'il est assez rare de voir se tarir en dehors de l'intervention chirurgicale.

Cette vie prolongée du fœtus ectopié, est, il faut le dire, Messieurs, l'exception; sa mort et la rupture du kyste pendant le cours de la gestation, sont les phénomènes ordinaires de la grossesse extra-utérine.

Quand l'embryon meurt de bonne heure, avant le troisième mois, il disparaît, se résorbe, et du sac tubaire, qui dès lors n'augmente plus de volume, il ne reste qu'une poche, dans laquelle le sang, produit par la rupture, s'accumule pour former un hémosalpynx; c'est le cas de la malade que j'ai opérée et dont je vous ai rapporté l'histoire.

Il devient alors très difficile, quand on est en présence de ces lésions, d'établir leur pathogénie : il faut en pratiquer l'examen attentif, reconnaître la structure de l'amnios et du chorion, trouver les villosités choriales, et plus cette recherche est tardive, plus elle risque de ne pas aboutir, car, avec le temps, il peut se faire une véritable résorption de la poche. Ce sont ces faits qui ont permis à des chirurgiens de prétendre qu'il ne fallait jamais reconnaître aux dilatations tubaires hématiques une autre origine qu'une grossesse extra-utérine anterieure.

A une période plus avancée de la gestation, le fœtus subit la dégénération graisseuse, s'atrophie, et on en trouve les débris dans le contenu du sac; plus tard, enfin, quand il approche du terme de son développement, il s'enkyste, subit la dégénération calcaire, et, sous le nom de *lithopédion*, se transforme en un véritable corps étranger, qui, suivant les cas, pourra rester absolument inoffensif pendant dix, quinze, vingt, quarante ans, ou bien, au contraire, déterminer autour de lui des phénomènes d'inflammation et de suppuration, grâce auxquels

il pourra être éliminé si la malade ne succombe pas à la péritonite et à la septicémie.

La mort du fœtus est, on peut le dire, presque toujours précédée, accompagnée ou suivie de la rupture de la poche; dans les premiers mois, comme je vous l'ai déjà dit, la membrane externe de celle-ci, formée par la trompe hypertrophiée, peut résister, et le kyste se transforme purement et simplement en hémosalpynx; mais ce n'est pas l'habitude, et d'ordinaire c'est dans le péritoine que s'épanche son contenu. Dans les deux cas, dans le second surtout, des phénomènes graves accompagnent la rupture. Il se produit des douleurs violentes, des lipothymies, des syncopes; la mort survient, quelquefois en quelques minutes, produite alors par ce qu'on appelle l'hématocèle foudroyante ou cataclysmique? C'est pour parer à l'extrême gravité de ces accidents, que quelques chirurgiens conseillent d'ouvrir sans retard le ventre et de nettoyer la cavité péritonéale à toute femme qui présente les symptômes que je viens de vous signaler. Je trouve ce précepte entaché d'erreur, et je vais vous en dire immédiatement les raisons. Pour légitimer, en pareil cas, une laparotomie obligatoire, il faudrait: 1° que l'hématocèle provînt à coup sûr de la rupture d'un kyste fœtal, 2° que la mort fût la suite inévitable et constante de ces hémorrhagies, dont les allures sont, au début, si terrifiantes. Or, Messieurs, il n'en est rien. Je veux bien que l'hématocèle abondante et à début brusque soit souvent la conséquence de la déchirure d'un sac tubaire; je sais qu'à cet égard il ne faut pas tenir un grand compte des faits anciens qui se sont produits à une époque où la pathologie de la trompe était ignorée et qui n'ont pas été l'objet d'un examen suffisant; mais je tiens pour certain que toutes les hématocèles pelviennes, je ne dis pas seulement les petites hématocèles à marche progressive (cela va de soi), mais les volumineux épanchements à apparition subite, ne sauraient être attribuées à la grossesse extra-utérine. Comment admettriez-vous cette pathogénie, par exemple, quand l'hémorraghie se produit, comme cela arrive quelquefois, huit ou dix jours après la parturition?

Quant à la mort, je prétends qu'elle n'est point fatale à la suite des accidents, en apparence si formidables, qui marquent le début de l'hématocèle. J'ai enlevé récemment les annexes de l'utérus à une dame qui, dix ans auparavant, avait eu une hémorrhagie pelvienne considérable, accompagnée d'accidents généraux tels que j'ai failli, à une époque où cependant l'ouverture du péritoine était encore bien redoutée, pratiquer l'opération. Elle aurait probablement succombé alors à la laparotomie, et il ne me paraît pas certain que de nos jours, malgré tous les progrès accomplis depuis lors, une malade se trouvant dans les mêmes conditions résisterait sûrement à une aussi grave intervention. Rappelez-vous, Messieurs, qu'il ne s'agit pas ici d'une laparotomie vulgaire; vous opérez une femme anémiée, sans forces, en pleine période de choc péritonéal: les conditions sont détestables. Il m'est difficile de vous dicter, à l'égard de l'opportunité de l'intervention en pareil cas, des lois absolues, mais je vous dirai volontiers: toute hématocèle à début rapide s'annonce par des symptômes très bruyants, une douleur poignante, des lipothymies, des syncopes; ne vous en effrayez pas outre mesure et attendez; si, trois ou quatre heures après le début, les accidents s'aggravent, opérez hardiment; sinon, différez toute intervention et attendez pour intervenir que la lenteur de résorption de l'épanchement ou sa transformation vous forcent la main. Vous serez alors dans de bien meilleures conditions opératoires, et vous sauverez bien des malades que vous auriez perdues par une intervention trop hâtive.

Le diagnostic de la grossesse extra-utérine, Messieurs, est toujours difficile, souvent impossible. Aucun ne peut nous guider à coup sûr des symptômes rationnels ou physiques dont elle s'accompagne. Les troubles digestifs, que vous constaterez quelquefois et qui sont même dans certain cas très prononcés, font souvent défaut; l'augmentation de volume des seins, l'élargissement de l'aréole brunâtre, l'hypertrophie des tubercules de Montgomery sont fréquemment observés, mais ne sont pas constants. Rien de plus variable encore que les modifications apportées à la menstruation par la grossesse extra-utérine, et rien, par conséquent de plus infidèle que les indications qu'elles fournissent.

Il y a des femmes chez lesquelles les règles continuent avec leurs caractères habituels; chez d'autres elles ont du retard, sont moins abondantes, durent moins longtemps et apparaissent irrégulièrement; ailleurs les pertes sont considérablement augmentées et se transforment même, pour quelques malades, en véritables hémorrhagies qu'aucune accalmie ne vient interrompre. Cette perte continue est certainement un des meilleurs signes de la grossesse extra-utérine; elle existait, comme je vous l'ai dit, chez mon opérée, et c'est certainement elle qui nous a le plus sûrement guidés vers le diagnostic; mais sa valeur n'est que relative. Certains myômes, certaines variétés de salpingites produisent des ménorrhagies qui ne présentent aucun caractère différentiel particulier.

Au résumé, Messieurs, vous voyez que la grossesse ectopique peut rester, au point de vue clinique, absolument latente, et que dans les cas où elle engendre, soit dans l'appareil génital, soit dans des systèmes éloignés, des modifications apparentes, ces modifications ressemblent la plupart du temps à celles que la gestation régulière ou une affection utéro-tubaire peuvent produire; l'expulsion d'une fausse caduque elle-même, qui est à n'en pas douter un des meilleurs symptômes différentiels, ne doit pas suffire à entraîner votre conviction, puisqu'elle se manifeste dans certaines altérations de la muqueuse utérine capables de produire ce qu'on a nommé la dysménorrhée membraneuse.

Je dois vous dire cependant que si la grossesse extra-utérine atteint une période avancée de son évolution, vous serez aidés dans votre diagnostic par quelques signes qui, dans la grossesse normale, acquièrent rarement un égal degré d'intensité: je veux parler des douleurs qui sont vives et constantes, des coliques intestinales qui s'accompagnent souvent de diarrhée, des phénomènes de compression prononcée sur la vessie et le rectum, enfin et surtout des épreintes utérines qui deviennent plus vives à mesure qu'approche davantage le terme de la gestation, et qui, peu à peu, conduisent la malade au *faux travail*. Inutile de vous dire, Messieurs, que ce faux travail, qui se manifeste d'habitude du septième au neuvième mois, rarement après le terme normal d'une grossesse ordinaire, n'aboutit pas, et qu'après une période plus ou moins longue de douleurs expulsives, la malade est vouée à tous les accidents immédiats et consécutifs de la rupture à moins que, par bonheur pour elle, elle n'entre dans une phase de tranquillité apparente dont la durée dépendra de la tolérance de l'organisme vis-à-vis le corps étranger qu'elle n'aura pas expulsé; ainsi, vous ai-je dit, on a vu des lithopédions demeurer plus de quarante ans dans la cavité abdominale. Quelquefois le faux travail est suivi d'un accouchement véritable: on n'observe ce fait, du reste, très rare, que dans les cas où le kyste fœtal occupe le segment interne de la trompe; les accidents ressemblent alors, à la durée près, à ceux d'un avortement spontané.

Dans les quatre ou cinq premiers mois de la grossesse extra-utérine, l'examen physique de la malade ne nous donne géné-

ralement aucun renseignement d'une valeur absolue; le col ordinairement dur et volumineux est, dans d'autres cas, mais rarement, ramolli comme s'il s'agissait d'une grossesse normale; à droite ou à gauche de la ligne médiane, vous sentez une tumeur qui augmente assez rapidement de volume; cette tumeur est indépendante de l'utérus que vous pouvez quelquefois délimiter par une palpation attentive, et que, dans la majorité des cas, vous trouverez élargi, agrandi, déplacé latéralement, et séparé de la masse nouvelle par un sillon plus ou moins bien marqué.

Dans la dernière période de la grossesse, le diagnostic est plus facile : à ce moment, en effet, se manifestent des symptômes nouveaux qui dépendent, les uns du placenta, les autres du fœtus, les derniers enfin de la nature du kyste fœtal. Inutile d'ajouter, d'ailleurs, que plus la gestation est ancienne, mieux il vous est facile de constater l'indépendance de l'utérus, l'irrégularité et la situation latérale de la tumeur, l'indifférence du col devant les progrès de la grossesse. Le placenta donne le frémissement et le souffle; le fœtus laisse percevoir les bruits de son cœur et donne la sensation du ballottement que vous reconnaîtrez d'ailleurs, d'autant plus tôt que le kyste sera plus profondément logé dans le cul-de-sac utéro-rectal. Tous ces signes, Messieurs, vous permettent de diagnostiquer une grossesse, mais ne suffisent point à vous entraîner vers l'hypothèse de son siège extra-utérin; il n'en est pas de même des renseignements que vous fournit l'examen de la poche fœtale elle-même. Lorsque vous exercez le palper sur un utérus gravide ordinaire, vous avez la sensation qu'entre le fœtus et la paroi abdominale est interposée une couche qui gêne votre exploration et rend vos sensations moins nettes; votre palpation est en quelque sorte médiate, éloignée. Il n'en est pas de même pour le kyste fœtal; ses parois sont, comme vous le savez, très minces, aussi les parties fœtales se présentent-elles facilement à votre exploration; vous les sentez de près, sous la doublure musculaire de l'abdomen, et les délimitez facilement; vos sensations sont précises; votre palpation est pour ainsi dire immédiate et rapprochée. Je fais exception, cependant pour les cas où le kyste est logé profondément dans le petit bassin, alors que vous ne pouvez l'explorer qu'à travers la masse intestinale, et pour ceux où, développé entre les deux feuillets du ligament large, il est protégé par une épaisse enveloppe.

Le diagnostic de la grossesse extra-utérine se présente quelquefois avec des difficultés plus grandes encore : je veux parler des cas où le fœtus est mort. Si cet accident survient dans les quatre ou cinq premiers mois de la gestation, vous n'en serez averti que par la diminution de volume du kyste, conséquence de la résorption fœtale, et par sa transformation graduelle en une masse indurée, plus ou moins enclavée dans le petit bassin, et souvent analogue à une tumeur solide de l'ovaire ou de l'utérus. Quand le fœtus meurt après le cinquième mois il se produit très rapidement une augmentation de volume et un ramollissement notable du kyste. La première est due à la stase sanguine qui se manifeste dans le placenta dès que la circulation fœtale est supprimée et à l'exhalation de sérum sanguin qui en est la conséquence; le second aux modifications que subit le fœtus dans sa consistance dès qu'il a cessé de vivre, mais surtout à la plus grande quantité de liquide qui le sépare de la main exploratrice. Du même coup, vous observez chez la mère l'hypertrophie des seins avec expulsion de colostrum, et chez le fœtus la cessation des bruits du cœur.

(*A suivre.*)

REVUE GÉNÉRALE

CONSIDÉRATIONS SUR L'ARTHRITISME DANS SES RAPPORTS AVEC LE NERVOSISME (1).

Par Georges Lemoine (de Lille) et Huyghes.

Suite (2)

III

Bien des observateurs ont remarqué, depuis longtemps, que la plupart des neurasthéniques et autres névropathes étaient entachés de la diathèse arthritique; aussi, quelques-uns n'ont-ils pas hésité à dire qu'elle était la source de tous les états névropathiques. Cela nous paraît probable, et pour le démontrer nous voulons faire ici l'esquisse du caractère normal, habituel, régulier des arthritiques en dehors de toute complication névrosique, neurasthénie ou autre. Nous croyons, en effet, que l'arthritique est un homme qui, dans sa manière de penser et d'agir chaque jour, est sans cesse influencé par sa diathèse; qui est, à chaque instant, en butte à un des mille petits accidents qu'elle engendre, qui s'en trouve incommodé, et qui finit par prendre, à cause d'eux, un caractère spécial. Le plus souvent même, il est influencé inconsciemment par des troubles de la vie végétative: bouffées congestives vers le cerveau, vers le poumon, vers le foie, vers l'intestin, qui, en altérant le fonctionnement de ces organes, retentissent plus ou moins sur les phénomènes d'idéation. De là une mobilité extrême dans les idées, un nervosisme constant, une propension marquée à la tristesse, une tendance impulsive qui font classer ces individus au moins dans la catégorie des originaux.

A un degré de plus, ce nervosisme habituel devient de la neurasthénie, un peu plus encore et c'est de l'hystérie; il existe ainsi une graduation insensible entre tous les états nerveux, depuis l'originalité de caractère jusqu'à la folie; les types les plus accentués, étant ceux qui ont le plus vivement impressionné les observateurs, sont ceux qui ont été le mieux étudiés: c'est sur le type initial, celui qui est le moins accusé, que nous voulons aujourd'hui attirer l'attention.

A une époque où le mot *arthritisme* n'était pas encore usité, et où la diathèse qu'il désigne n'était pas connue, on avait néanmoins remarqué la nervosité particulière des malades qui présentaient une quelconque des nombreuses localisations morbides par lesquelles elle se manifeste. C'est ainsi que les anciens avaient fait, de l'hypochondrie, un des caractères des maladies du foie; ils l'avaient aussi constatée chez les goutteux et les rhumatisants.

A une époque plus rapprochée de nous, de pareilles observations ont été faites. Sydenham admettait l'origine rhumatismale de l'hypochondrie; Hufland pensait que la diathèse rhumatismale pouvait produire toutes les maladies nerveuses; Dubuisson et Brachet (*Des Vésanies*, 1816) admettent l'hypochondrie goutteuse et Mussgrave, dans un opuscule (*De arthritidâ anormala*), fournit plusieurs exemples d'affections nerveuses terminées par la goutte articulaire. Sauvages a décrit la goutte mélancolique, et avant lui Hoffman avait

(1) Nous tenons à faire remarquer que le rôle de l'arthritisme dans la production des névroses et de certains états nerveux a été, il y a déjà assez longtemps, mis en lumière, de la façon la plus précise, par M. Huchard, et nous renvoyons le lecteur aux additions qu'il a faites à ce sujet au livre d'Axenfeld (Axenfeld et Huchard. *Traité des névroses*, p. 266, 902, 1073, etc.). Il y trouvera des développements qui nous ont donné la première idée du travail que nous publions ici.

(2) Voir le numéro 8.

signalé la mélancolie chez les goutteux d'âge mur. Stall, Barthez et Guilbert admettaient des variétés d'hystérie, de chorée et même de tétanos d'origine goutteuse. Berthier cite des observations d'épilepsie et de folie chez les malades du même genre.

Il y a peu de temps, Reynoltz a insisté sur les troubles mentaux et nerveux d'origine goutteuse; il a décrit des alternatives de dépression et d'excitation, un besoin irrésistible de locomotion, des insomnies opiniâtres, un état d'hystéricisme qui empêche le malade de vaquer à ses occupations, une altération de la mémoire, des troubles de l'audition, du vertige, des aberrations de la sensibilité, de la lourdeur et des fourmillements dans les membres. (1).

Brochin admet que la névropathie est souvent intimement liée à des états diathésiques, et il qualifie de névropathie symptomatique celle qui comprend des symptômes nerveux ayant plus ou moins de ressemblance avec l'hystérie et l'hypochondrie sans en avoir, en réalité, les caractères spéciaux. Trousseau admettait l'origine rhumatismale de l'hystérie et de l'hypochondrie. Axenfeld (*Traité des névroses*, 902) se demande s'il convient de faire le diagnostic différentiel de la neurasthénie avec ce que Gerdy a appelé le rhumatisme vague ou nerveux, et qui est caractérisé par un ensemble de phénomènes rhumatismaux et névrosiques, apparaissant on augmentant sous l'influence des variations atmosphériques, comme sous celle des causes morales. Il croit que ces deux maladies se confondent presque toujours et qu'elles ne forment réellement qu'un seul et même état morbide. Ce qui nous confirme dans cette idée, dit Axenfeld, c'est que tous les cas d'irritation spinale, de neurasthénie que nous avons pu observer et presque tous ceux dont nous avons vu dans les auteurs la relation complète, surtout au point de vue de l'étiologie, sont d'origine rhumatismale on goutteuse. De là à admettre la nature rhumatismale on goutteuse de cette maladie, il n'y a qu'un pas, et nous n'hésitous pas à le franchir : dans la plupart des cas, *la neurasthénie est une névrose arthritique.*

M. Besnier pense qu'il n'y a peut-être pas une des manifestations névrosiques, quelle qu'elle soit, sous laquelle ne puisse se larver le mal rhumatismal chez les sujets placés constitutionnellement dans cet état.

Nous sommes heureux de trouver signalée, chez un observateur aussi remarquable que l'était Axenfeld, la relation intime qui existe entre les manifestations névrosiques et le rhumatisme. Cette constatation nous permet de supposer que si l'arthritisme suffit pour engendrer des états relativement aussi caractérisés que l'est la neurasthénie, il peut *a fortiori* produire un état habituel, mal précisé que nous allons essayer de décrire maintenant.

IV

En plein état de santé et en dehors de toute manifestation pathologique, les arthritiques présentent un caractère spécial qui résulte, à notre avis, de leur diathèse et qui se rapproche beaucoup, sans toutefois se confondre avec lui, de celui des névropathes héréditaires. C'est un caractère tout particulièrement excitable, qui donne à ceux qui le possèdent une très grande sensibilité et les fait réagir vivement, à l'occasion d'impressions même futiles. Ils ne sont pas aussi nerveux que les neurasthéniques on les héréditaires, mais ils le sont d'une façon plus constante, en ce sens que ces derniers, échappent souvent pour un temps plus ou moins long, au tempérament qui les domine, tandis que les arthritiques s'y trouvent soumis d'une façon permanente. Toutes leurs pensées, tous leurs actes sont empreints d'une marque distinctive, difficile à apprécier et perceptible seulement pour un observateur très attentif, et ce n'est que de loin en loin que vient se greffer, sur ce fonds d'excitabilité psychique permanente, un état plus aigu que caractérisent des symptômes quasi-neurasthéniques.

« L'effet général le plus immédiat de la diathèse congestive sur le système nerveux, se traduit par la sensation même qu'éprouve le malade, de cet état de pléthore congestive, et cet effet entre pour une large part dans le besoin d'air et d'espace que nous signalions en parlant de l'état des fonctions respiratoires. Ce sentiment de plénitude, de congestibilité facile, sous l'effet d'une cause occasionnelle légère, la susceptibilité aux variations de température qui fait redouter les moindres courants d'air, l'état d'agacement, suivi de véritables souffrances, qu'impose l'obligation de rester immobile et de ne pas céder au besoin impérieux de se mouvoir et de changer de place, sont autant de phénomènes qu'il est possible de rapporter à la diathèse congestive (Sénac). »

Cette inquiétude permanente, et ce besoin de changer de place que signale Sénac, un des médecins qui connaissent peut-être le mieux les arthritiques, constitue en grande partie le fonds de leur caractère. Physiquement et moralement, ce besoin de remuer existe chez eux. Regardez un de ces sujets au repos, tranquillement assis le soir dans son fauteuil, après une journée de travail, vous serez surpris de le voir remuer ses jambes à chaque instant, par petits mouvements saccadés, sans but, avec une sorte d'impatience fébrile. Il vous dira que ces mouvements lui sont imposés par une force supérieure à sa volonté, mais qu'il se soulage en les effectuant, et qu'il ressentirait un énervement extrême, si on les empêchait. Il vous dira encore qu'il éprouve ce besoin de remuer, surtout le soir, quand il est dans un appartement chaud, ou la nuit dans son lit. Beaucoup de ces malades caractérisent cet état d'agacement moteur d'un nom très significatif ; quand ils l'éprouvent, ils disent qu'ils ont *des inquiétudes*. Cette expression est très juste, car une véritable inquiétude morale accompagne cette inquiétude physique. Le malade, à ce moment-là, est sous le coup d'une véritable anxiété dont il se rend mal compte : il lui semble qu'il va lui arriver quelque chose de fâcheux, sans pouvoir préciser ; il lui semble qu'il a quelque faute à se reprocher, mais il ne saurait dire laquelle ; il cherche dans ses actes on dans ses pensées du jour ce qui peut lui provoquer ce malaise, il ne trouve rien. Cette double inquiétude morale et physique dure un temps plus on moins long ; elle revient tous les jours on par période ; elle se voit dans les deux sexes et aussi bien chez les jeunes gens que chez les personnes âgées. Nous ne l'avons constatée que chez des arthritiques et jamais chez des névropathes non entachés de cette diathèse.

Cette anxiété, cette mobilité, que nous venons de signaler à propos des mouvements, se retrouvent à chaque instant dans le caractère. L'arthritique est un inquiet, toujours à l'affût du nouveau, non par curiosité, mais par besoin maladif. Sans cesse, il propose un but à son activité, et à peine l'a-t-il atteint, qu'il lui en propose un autre ; s'il en manque, il est réellement malheureux. Tout ce qu'il fait, il le commence avec ardeur, mais il manque de persévérance, et s'il ne réussit pas rapidement, il tourne ses efforts d'un autre côté. Un insuccès ne le décourage guère, car c'est pour lui un motif de terminer une chose entrain et d'en recommencer une autre. En somme, il est rarement satisfait, car désirant toujours quelque chose qu'il n'a pas, il manque toujours quelque chose à son bonheur.

Il va de soi que cette inquiétude morale, dont nous esquissons ici les traits d'une façon accusée, ne se présente pas toujours

(1) Reynoltz. *Brit. Med. Journal.* — Analyse dans les *Annales Médico-Psychologiques*, janvier 1882.

sons l'aspect que nous indiquons, elle varie avec les races et avec les individus. Il est de ces inquiets, dont l'activité est profitable à eux et à la société, c'est quand elle est mise au service d'une intelligence vive; il en est d'autres chez qui elle produit des effets tout inverses. Elle se manifeste, sans aucun doute, par des modalités très différentes selon qu'elle se rencontre chez un arthritique lymphatique ou chez un arthritique sanguin; c'est ici, surtout, que les caractères des races s'accentuent.

Ce besoin de toujours occuper son imagination se rencontre de très bonne heure chez ces diathésiques. Il est des enfants qui éprouvent le besoin, pour peu qu'ils vivent isolés, de rêver sans cesse à des histoires imaginaires, qu'ils inventent pour eux seuls et à la confection desquelles ils prennent autant de plaisir que s'ils les lisaient. Cette tendance à la rêverie se modifie avec l'âge et n'est pas un des traits les moins saillants du caractère de ces gens que l'on voit tour à tour livrés aux rêves poétiques et soumis aux impulsions vulgaires que crée leur tempérament.

La seconde marque distinctive du caractère des arthritiques, celle que nous plaçons immédiatement à côté de l'inquiétude, c'est la tendance à l'hypochondrie. Cela peut sembler singulier, car il n'y a, en apparence, rien de plus contradictoire que ces deux états; mais de telles oppositions sont fréquentes chez eux, et nous aurons encore l'occasion d'en signaler d'autres. Cette hypochondrie peut revêtir un grand nombre de formes; nous nous contenterons d'en signaler deux : l'hypochondrie causée par la crainte de la maladie et l'hypochondrie anxieuse.

C'est parmi les arthritiques que se recrutent la plus grande partie des malades imaginaires. Il y a à cela une raison : c'est qu'ils sont sujets à des malaises fréquents et divers qui les forcent à fixer leur attention, tantôt sur un organe, tantôt sur un autre: les congestions locales et les désordres qu'elles amènent, finissent par leur faire craindre l'existence de maladies sérieuses. Ils prennent, peu à peu, l'habitude de s'occuper d'eux-mêmes, et lorsque leur diathèse les laisse en repos, ils en sont tellement surpris, qu'ils se tâtent encore pour chercher un point malade. La multiplicité et la fréquence de leurs malaises finissent peu à peu par influencer leur caractère et par leur faire croire qu'ils sont atteints d'un mal profond et incurable; leur hypochondrie trouve donc, dans leur diathèse, les éléments nécessaires à sa production, c'est pourquoi elle s'installe si facilement chez eux, et c'est pourquoi aussi tous les raisonnements pour les convaincre échouent, car ils ont toujours à faire constater, comme réponse, quelques symptômes nouveaux.

Mais ce souci de la santé n'est pas ce qu'il y a de plus intéressant dans le nervosisme arthritique, il est, du reste, connu, et nous préférons dire quelques mots de la forme que nous avons appelé *anxieuse.*

Cette hypochondrie anxieuse offre des rapports très étroits avec l'inquiétude morale que nous avons signalée, nous pourrions même dire qu'elle n'en est qu'une variété. Elle se rencontre au moins à un faible degré, chez tous les arthritiques, et se montre chez quelques-uns avec une telle intensité qu'elle prend une place prépondérante dans leur caractère. C'est surtout chez les arthritiques rêveurs qu'elle se voit; chez eux la tristesse fait facilement place à la rêverie, et ils sont alors en proie à une tristesse vague, sans cause, qui les envahit complètement et crée en eux un sentiment d'inquiétude très pénible.

Cette anxiété est toute naturelle chez des gens qui sont tristes et qui ne réussissent pas à s'expliquer leur tristesse. Il leur semble qu'un voile noir tombe sur leurs idées; toutes leurs pensées sont empreintes de découragement comme si leur vie n'avait aucun but; ils ont en même temps des aspirations vers un idéal meilleur qui serait gai, mais qu'ils ne peuvent définir, et, chose curieuse, ils aiment cette tristesse, ils l'entretiennent avec soin, font presque effort pour la conserver, et il ne serait pas étonnant, qu'au fond, ils n'aient un certain plaisir à se sentir tristes; il y a chez eux quelque chose de l'hystérique, qui aime à faire parade des symptômes qu'elle présente; ils sont quelquefois fiers de leur état mélancolique et s'en imprègnent d'autant plus qu'on leur fait remarquer sa persistance.

De temps en temps, il survient même chez les arthritiques les moins hypochondriaques, de véritables bouffées de mélancolie qui sont en relation non douteuse avec des poussées congestives viscérales. Il y en a chez lesquels il suffit qu'il se produise un peu de gêne respiratoire ou un léger empâtement du foie, ou une certaine plénitude du système vasculaire cérébral, phénomènes dont ils se rendent à peine compte, pour qu'ils deviennent subitement tristes, et leur tristesse dure autant que la poussée congestive qui en a marqué le début. Ces accès de mélancolie ne sont pas rares, ils s'accompagnent de sensations désagréables, tête lourde, embarras digestif, légère constipation et amènent de l'inaptitude au travail et une véritable paresse intellectuelle. Cette forme particulière, sur laquelle notre attention a été maintes fois attirée, a du reste été entrevue par la plupart des médecins qui ont été en contact avec ce genre de malades, et tous ont noté son début et sa disparition rapides. Cependant un point sur lequel nous nous séparons d'eux, c'est quand ils disent que ces troubles vagues de l'intelligence disparaissent comme par métastase lorsque des accidents arthritiques viscéraux se manifestent. Si cela est vrai dans beaucoup de cas, il en est d'autres aussi, très nombreux, où des arthritiques qui ont habituellement un caractère assez régulier tombent dans la tristesse à l'occasion d'une poussée congestive quelconque.

Il se produit, chez eux, un phénomène semblable à celui qu'on observe chez certaines femmes, dont l'état névropathique s'accentue d'une façon fâcheuse pendant toute la durée du flux menstruel. Il faut donc distinguer les arthritiques chez lesquels les congestions locales provoquent des accès de mélancolie, et ceux dont la mélancolie habituelle est atténuée par l'apparition d'une de ces congestions. Il est encore plus sage de dire que les arthritiques sont infiniment plus sujets que les autres personnes à ressentir les conséquences du moindre trouble de la circulation.

Il faut noter aussi, et ce fait se rapporte encore à l'instabilité mentale, l'influence excessive qu'ont les objets ou les circonstances extérieures sur la gaîté ou la tristesse de nos malades. Il suffit que leurs yeux tombent sur un objet qui leur rappelle une idée triste ancienne pour qu'elle s'empare d'eux à nouveau; il suffit aussi d'une action inverse pour que la gaîté revienne chez eux. Très souvent un simple mot auquel ils auront attaché une idée sombre les rejettera dans cet état antérieur, c'est chez eux que les mots, les phrases, prennent de véritables couleurs qui influencent leurs pensées; peut-être est-ce chez eux que se recrutent les poètes décadents! La température, les fréquentations, les moindres choses extérieures les frappent vivement et les impressionnent. Leur esprit, étant mobile et changeant, subit très facilement les influences qui s'exercent sur eux, et leur esprit est comme une cire molle sur laquelle tous les contacts font une empreinte.

(*A suivre.*)

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

SUR L'IMMUNITÉ CONTRE LE TÉTANOS,

par M. VAILLARD,
Médecin-major de 1re classe, professeur agrégé du Val-de-Grâce.

Une première atteinte de tétanos ne met pas à l'abri contre une atteinte ultérieure ; elle semble même, d'après les faits expérimentaux, communiquer aux animaux guéris une sensibilité plus grande à l'action du poison tétanique, car ceux-ci succombent plus rapidement que les sujets neufs lorsqu'on les inocule à nouveau. Ce défaut d'immunité, après une première atteinte, paraît être un trait commun aux affections parasitaires dont l'agent ne se cultive que dans une portion restreinte de l'organisme et détermine la maladie par la production d'une toxine de la nature des diastases (diphthérie, choléra, tétanos).

Cependant il est possible, à l'aide de la toxine elle-même, de conférer aux lapins l'immunité contre le tétanos et de les rendre réfractaires à l'action des doses massives du poison, bien supérieures à celles qui sont nécessaires pour tuer des lapins non préparés. Il suffit de leur injecter, dans le sang ou sous la peau, une dose convenable du liquide d'une culture filtrée sur terre poreuse, chauffé à 60 degrés pendant une heure. Ce chauffage atténue considérablement le poison tétanique, mais ne le détruit pas, car il est encore capable de donner au cobaye une maladie mortelle. Après l'injection, en plusieurs fois, et à quelques jours d'intervalle, d'une dose de ce liquide chauffé équivalant au total à 20 centimètres cubes, les lapins ont supporté, sans trouble appréciable, des quantités de toxine qui provoquaient chez les témoins un tétanos mortel. L'injection intra-vasculaire agit mieux que l'injection sous-cutanée. Point n'est utile même de procéder graduellement et par doses ménagées. L'introduction en une seule fois, dans les veines, de 20 centimètres cubes du liquide chauffé, ou bien encore de 30 centimètres cubes en deux doses et à deux jours d'intervalle, suffit à produire l'immunité.

On peut employer, au même titre, non plus des cultures stérilisées par filtration, mais des cultures vivantes, peuplées de spores et chauffées également à 60 degrés. Dans ce cas, le produit soluble, élaboré par le bacille, agit seul pour produire l'immunité ; le microbe n'intervient en rien, puisque les liquides d'où il a été éliminé par la filtration suffisent à réaliser l'état réfractaire.

Après chauffage à 65 degrés, les cultures filtrées ne procurent pas l'immunité lorsqu'elles sont injectées aux doses précédentes dans le sang ou sous la peau. La température de 65 degrés détruit le pouvoir toxique du poison tétanique ; sans doute est-il nécessaire, pour obtenir l'immunité, que la toxine encore active exerce une action spéciale sur les éléments des organes sensibles à ses effets.

MM. Behring et Kitasato ont annoncé en décembre dernier que l'immunité contre le tétanos pouvait être conférée aux lapins par la simple action d'une substance chimique, le trichlorure d'iode ; mais ils n'ont pas encore fait connaître les détails de leur méthode. D'autre part, M. Behring a établi la remarquable propriété que possède cet agent chimique de prévenir ou d'empêcher les effets du poison diphtéritique, lorsqu'on injecte simultanément l'un et l'autre aux animaux sensibles. Le trichlorure d'iode jouit de la même propriété vis-à-vis du poison tétanique et, en l'utilisant, il est possible de donner au lapin l'immunité contre le tétanos. Ainsi on peut injecter impunément à cet animal une quantité de toxine très supérieure à la dose mortelle, si, immédiatement après, on introduit sous la peau, loin du point inoculé, un demi ou 1 centimètre cube d'une solution de trichlorure d'iode à 5 p. 100. Après plusieurs injections ainsi faites, à quelques jours d'intervalle, le lapin a acquis l'immunité et celle-ci persiste encore après plus d'un mois.

Avec le trichlorure seul, injecté plusieurs fois aux doses précédentes, nous n'avons pas déterminé l'état réfractaire chez le lapin ; mais, à la vérité, les essais dans ce sens ont été trop peu nombreux pour permettre une conclusion.

REVUE
DE THÉRAPEUTIQUE ET DE PHARMACOLOGIE

LES NOUVELLES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE LA CANTHARIDINE.

I. — SUR LA PRÉPARATION DE LA SOLUTION DE CANTHARIDINE, par le prof. LIEBREICH. (*Therapeutische Monatshefte*, mars 1891, fasc. 3, p. 176.)

II. — SUR L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DU CANTHARIDINATE DE POTASSE, PRÉSENTATIONS DE MALADES, par MM. P. HEYMANN, G. GUTMANN, B. FRAENKEL. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1891, n° 9, p. 243.)

I. — Il a été rendu compte, dans le dernier numéro du journal des *Sociétés scientifiques* (n° 9, p. 89) de la communication faite par le prof. Liebreich, à la Société médicale de Berlin, et relative aux principes qui ont guidé ce pharmacologue dans les nouvelles applications thérapeutiques qu'il vient de faire de la cantharidine, notamment au traitement de la tuberculose laryngée. M. Liebreich vient de publier des renseignements précis sur le mode de préparation des solutions de cantharidine qui ont servi aux premiers essais cliniques faits par lui et par d'autres médecins de Berlin. Voici textuellement ce qu'il dit à ce sujet :

Pour obtenir une solution constante, on a fait dissoudre par un échauffement prolongé des poids déterminés de cantharidine et d'alcali, puis on a dilué soigneusement avec de l'eau, jusqu'au degré voulu de concentration. Il s'est fait voir, à cette occasion, que la quantité d'alcali jugée théoriquement nécessaire pour transformer la cantharidine en un sel n'était pas suffisante. Un grand nombre d'essais ont fait voir, au contraire, que pour obtenir des solutions restant limpides au moment où on les dilue et où on les refroidit, il est nécessaire d'employer une quantité d'hydrate de potasse double, et une quantité d'hydrate de soude une fois et demi aussi grande que la quantité de cantharidine. L'alcali doit être pur, sec, et ne pas retenir d'acide carbonique. On a préparé des solutions de la manière suivante :

0 gr. 2 cantharidine
0 gr. 4 hydrate de potasse.

pesés avec une extrême précision sont chauffés au bain-marie avec environ 30 c. c. d'eau dans un récipient gradué, d'une contenance de 1.000 c. c., jusqu'à ce qu'il se forme une solution limpide. Puis, on ajoute de l'eau peu à peu et en continuant de chauffer, jusque près du trait supérieur ; finalement, après le refroidissement, on remplit jusqu'au trait qui marque que le volume de 1.000 c. c. est atteint.

Ou bien :

0 gr. 2 de cantharidine et
0 gr. 3 d'hydrate de soude

sont dissous de la même manière.

II. — Voici d'autre part les renseignements fournis par les médecins chargés de soumettre à un premier contrôle les résultats cliniques annoncés par M. Liebreich.

M. P. Heymann a rendu compte des résultats obtenus chez 17 malades traités par les injections sous-cutanées de cantharidine depuis un temps assez long pour qu'on puisse, d'après les résultats obtenus, se faire une idée approximative de la valeur de la nouvelle médication. De ces 17 malades, 6 présentaient simplement les signes et symptômes d'une laryngite catarrhale chronique; les 11 autres portaient des lésions destructives du larynx, de nature tuberculeuse, et de la forme la plus grave chez la plupart des malades.

Aucun de ces malades n'était ni alité, ni hospitalisé; ils venaient simplement à l'hôpital pour se faire faire les injections sous-cutanées. Quant au reste, ils n'ont rien changé à leur régime et à leurs habitudes; voire que les fumeurs ont été priés de continuer l'usage du cigare. Dans la très grande majorité des cas, la cantharidine a été injectée à la dose de 2 décimilligrammes; on n'a jamais dépassé la dose de 4 décimilligrammes; quelquefois on s'en est tenu à la dose de 1 décimilligramme.

Les injections n'ont jamais occasionné d'accidents sérieux. Il n'y a jamais eu au siège des injections de suppuration locale, mais une fois seulement une réaction inflammatoire qui a cédé à des applications d'eau blanche. Les injections ont été faites sous la peau du dos, au niveau des omoplates et au-dessous.

Le plus souvent la douleur a été assez faible. Dans la plupart des cas, mais non dans tous, les injections ont été suivies d'un léger trouble de la motilité du bras correspondant, dont presque toujours il ne restait plus de trace le lendemain. Dans un petit nombre de cas seulement cette gêne fonctionnelle a persisté jusqu'au troisième ou quatrième jour. Chez deux malades qui étaient d'une maigreur extrême, il a fallu renoncer à faire les injections dorsales et pousser la solution médicamenteuse sous la peau des fesses, moyennant quoi les douleurs sont devenues tolérables.

En fait de troubles éloignés on a noté deux fois de la céphalalgie et du vertige. Dans quelques autres cas il est survenu une légère diarrhée, qui n'a pas persisté, malgré la continuation du traitement. Quelques malades se sont plaints à plusieurs reprises d'éprouver du ténesme vésical et une sensation de brûlure en urinant. Pour faire cesser ces accidents il suffisait alors de suspendre le traitement pendant un jour, et de prescrire quelques gouttes de teinture d'opium. A la suite de l'administration d'une dose de 4 décimilligrammes, un malade a eu de l'hématurie; on se borna à lui administrer un peu de teinture d'opium et à suspendre le traitement pendant quelques jours, et l'accident n'eut pas de suite.

Pour ce qui est des résultats thérapeutiques, M. Heymann insiste encore sur ce que les tuberculeux traités étaient dans une situation grave. Tous ils avaient la voix altérée, et chez quelques-uns cette altération allait jusqu'à une extinction. Or rapidement, d'habitude après la troisième ou quatrième injection, l'état général s'améliorait de la façon la plus remarquable; la mine devenait plus fraîche, les dispositions d'esprit meilleures, les malades reprenaient courage. En même temps, et cela dans tous les cas, il se produisait une amélioration sensible de la voix, qui bientôt était à peine encore voilée.

M. Heymann n'a pas remarqué que la médication exerçât une influence quelconque sur la forme et sur le nombre des bacilles. Dans trois cas un changement s'est produit du côté des poumons, en ce sens que les râles humides, ainsi que les râles ronflants et sibilants ont diminué jusqu'à disparaître. Dans un cas, on a également constaté une diminution d'étendue de la zone de matité. Dans tous les cas, l'expectoration est devenue plus facile, moins visqueuse et moins abondante. La toux a perdu de sa fréquence et de son intensité ; dans 4 cas, elle a complètement cessé. Par suite, le sommeil est devenu meilleur. Dans presque tous les cas où il y avait des sueurs nocturnes, celles-ci ont diminué ou même cessé totalement. Un malade a été débarrassé de sa fièvre hectique après la quatrième injection.

L'examen du larynx a donné les résultats suivants : En très peu de temps, quelquefois déjà après la première injection, la rougeur et l'infiltration locales se mettaient à diminuer d'une façon très appréciable. Les granulations devenaient plus pâles, s'aplatissaient; il semblait qu'elles se réduisaient par voie de suintement. Par suite de la diminution de l'infiltration, les ulcérations laryngées devenaient plus apparentes; on pouvait alors se rendre compte qu'elles se détergeaient, et qu'elles diminuaient d'étendue de la périphérie vers le centre. Un certain nombre d'ulcérations sont guéries, d'autres sont en voie de cicatrisation progressive.

La tuméfaction des cartilages aryténoïdes, qui a été notée dans un certain nombre de cas, a considérablement diminué. En un mot la guérison progresse insensiblement, comme dans les cas d'affections syphilitiques traitées par l'iodure de potassium.

M. Heymann a observé avec une fréquence relativement considérable, des angines aiguës survenues à titre intercurrent, mais qui n'ont pas enrayé sensiblement la marche de l'amélioration. Chez quelques-uns des malades les plus gravement atteints, il y a eu des poussées aiguës. Dans le cas le plus grave, qui se rapporte à un vieillard de 64 ans, les résultats du traitement, considérés dans leur ensemble, se traduisent par une aggravation de l'état général, malgré une amélioration des accidents laryngés.

Une mention spéciale a été consacrée à un autre malade qui réalisait un cas de gravité moyenne. Le sujet, de constitution vigoureuse, présentait une légère infiltration et une rougeur de la corde vocale droite, un épaississement en forme de boudin de la corde vocale gauche, surplombé d'une ulcération lenticulaire. Le malade était presque aphone. Après neuf injections de cantharidine, l'ulcération était complètement cicatrisée; après la douzième injection, l'infiltration de la corde vocale se réduisait à presque rien ; les signes stéthoscopiques qu'on percevait précédemment du côté des poumons avaient disparu. La voix était redevenue claire. Il faut dire aussi que dans ce cas on n'avait pas pu constater la présence des bacilles spécifiques dans les crachats du malade.

Dans les six cas de simple affection catarrhale du larynx, la guérison a été obtenue presque constamment; le traitement n'a échoué que chez un malade, porteur d'une ulcération sur la corde vocale gauche; après neuf injections on ne constatait pas de modification appréciable dans l'état local; des cautérisations au nitrate d'argent ont amené une guérison rapide.

M. Heymann a joint à son travail une relation concise de l'histoire de ces malades.

— M. G. Guttmann a présenté un malade qui, affecté d'un trachome avec granulations conjonctivales de l'œil droit et conjonctivite granuleuse de l'œil gauche, avait ensuite contracté une laryngite, pour laquelle on le soumit au nouveau traitement de M. Liebreich. Au bout de quinze jours, la conjonctivite était complètement guérie à gauche et sensiblement améliorée à droite.

— M. B. Frænkel expérimente les injections de cantha-

ridine depuis le 7 février; le nombre des cas de phtisie laryngée grave, soumis à ce traitement, s'élevait à 15 à la date du 25 février. M. Frænkel a présenté les 5 malades sur lesquels l'expérience a porté en premier lieu. L'un d'eux, âgé de 37 ans, était aphone depuis quatre semaines lorsqu'on le soumit au nouveau traitement. Il portait des ulcérations sur les deux cordes vocales; à gauche la perte de substance avait creusé en profondeur, limitée en arrière par un amas de granulations qui envahissaient presque toute la paroi postérieure du larynx. Déjà après la deuxième injection cet amas granuleux se mit à s'affaisser. Après la troisième injection, le malade pouvait de nouveau se faire entendre. La toux s'est calmée; les douleurs qu'occasionnait la déglutition ont diminué. Les ulcérations se sont complètement cicatrisées, et au moment de la présentation du malade, l'amas de granulations qui occupait la paroi postérieure était réduit au quart de son étendue primitive.

Chez un autre malade, on constatait, au début du traitement, une tuméfaction œdémateuse de l'épiglotte et des plis ary-épiglottiques, des ulcérations; les cordes vocales venaient au contact l'une de l'autre. Sous l'influence du traitement, le rétrécissement glottique a disparu, ainsi que la tuméfaction de l'épiglotte et des autres parties. Les granulations miliaires qui parsemaient l'épiglotte ont jauni, se sont désagrégées, pour se transformer en petites ulcérations qui se sont cicatrisées. M. Frænkel a vu chez un autre malade de sa clientèle privée des granulations miliaires disparaître par le même mécanisme. De plus, chez ce malade il s'est formé une exsudation séreuse, ce qui parle en faveur de la théorie de M. Liebreich.

Les autres malades présentés par M. Frænkel étaient tous dans un état voisin de la guérison.

Pour ce qui est des effets secondaires des injections de cantharidine, M. Frænkel a signalé que quelques malades ont présenté des manifestations insolites du côté du cou, plus ou moins longtemps après les injections; au bout d'un temps qui a varié de 1 à 10 heures, ils ont ressenti une sensation passagère de plénitude et de chaleur. Deux fois il a été possible d'examiner l'arrière-gorge, à ce moment-là; la muqueuse était devenue luisante, sans que la tuméfaction locale eût augmenté.

M. Frænkel a recherché d'une façon spéciale l'influence que la médication pouvait exercer sur les bacilles de la tuberculose contenus dans les crachats. Il a constaté d'abord que dans le cours du traitement, la plupart des bacilles ne se colorent pas lorsqu'on a recours au procédé rapide de coloration; il faut laisser séjourner les préparations pendant vingt-quatre heures au moins dans la solution colorante préalablement chauffée. En procédant de la sorte, il a constaté que le nombre des bacilles diminuait dans les crachats, dans la proportion d'un cinquième environ, en moyenne.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Des courants constants dans le traitement des maladies des femmes, par le Dr Paul Crausaz, ancien assistant à la Clinique chirurgicale et à la Maternité de Genève.

Apostoli admet que, sur l'utérus malade, les résultats favorables dus à l'action des courants constants tiennent à un processus de nature chimique, l'eschare provoquée par le pôle positif étant dure, sèche et aboutissant à une cicatrice rétractile. Tel n'est pas l'avis du Dr Crausaz qui n'a jamais constaté la moindre production d'eschare tant soit peu étendue, et voit dans l'électrisation un moyen simplement très efficace pour faire contracter les fibres lisses de l'utérus et des vaisseaux.

L'auteur a néanmoins usé de l'électrode en terre glaise d'Apostoli. Cet électrode, en augmentant la surface de l'électrode cutané, devient pour ainsi dire indifférent, et permet de recourir à de grandes intensités de courants. On arrive ainsi à faire supporter aux malades jusqu'à 150 milliampères; mais, les intensités de 90-100 milliampères sont plus facilement tolérées et donnent déjà des résultats fort satisfaisants.

Dans les fibromes utérins, l'électrisation offre une ressource précieuse. Il suffit d'une à deux séances pour arrêter des hémorrhagies qui durent depuis plus d'un an. La continuation du traitement supprime la perte sanguine d'une façon définitive. Les douleurs diminuent; la tension des parois abdominales cède. La tumeur, après une première période de retrait assez rapide, diminue ensuite plus lentement. Si le myôme est sous-muqueux, son expulsion est facilitée. Ajoutons qu'en outre les selles sont régularisées.

Mêmes résultats favorables dans les hémorrhagies utérines de cause diverse qui sont arrêtées par des intensités de 60, 70 milliampères. Les métrites peuvent également être améliorées; les douleurs cèdent; l'organe devient moins volumineux. Par contre, l'endométrite reste rebelle; après un nombre de séances électriques souvent considérable, l'écoulement leucorrhéique persiste avec la même abondance; les fongosités ne sont pas modifiées.

Les déviations utérines avec fortes adhérences résistent au traitement dont le seul bénéfice est une diminution des douleurs. Quand il s'agit d'une périmétrite récente, l'hyperémie qui suit l'application électrique peut amener la résorption des produits pathologiques.

Dans la subinvolution utérine, le courant provoque rapidement la régression de l'organe et la cessation des phénomènes morbides.

Le travail de M. Crausaz est basé sur un certain nombre d'observations sérieusement prises; il établit de l'ordre dans une question de thérapeutique gynécologique fort controversée et ne peut manquer d'attirer l'attention. Aujourd'hui que les interventions chirurgicales graves sont à la mode, il n'est pas mauvais de répéter que, sans faire courir de dangers aux malades, on peut leur procurer des soulagements considérables.

Fiessinger.

REVUE DES THÈSES

PATHOLOGIE MENTALE

Considérations sur la folie puerpérale et sur sa nature, par Mme Zénaïde de Gorsky. (Thèse de Paris.)

La thèse de Mme de Gorsky a uniquement pour but d'établir que la folie puerpérale n'est pas une espèce pathologique distincte, mais un aspect délirant de la dégénérescence mentale et de la névropathie. La tare héréditaire, la prédisposition morbide constituent la vraie cause de la maladie; l'état puerpéral n'agit qu'à titre de cause occasionnelle et déterminante.

Sur 133 cas de folie puerpérale relevés par l'auteur, 21 ont éclaté pendant la grossesse, 55 à la suite des couches, 57 pendant l'allaitement, ce qui prouve que c'est au moment de la parturition et pendant la lactation qu'elle survient de préférence, comme l'avaient déjà établi Marcé, Mac-Donald et Krafft Ebing.

Étude clinique sur le délire religieux (Essai de séméilogie), par le Dr Jean-Marie Dupain. (Thèse de Paris.)

Cette thèse sort des proportions habituelles des travaux de même nature. Elle constitue un volume de 307 pages, dans lesquelles l'auteur examine sons tontes ses faces le syndrome, délire religienx, en rapportant à l'appui 142 observations.

Des considérations très détaillées et très intéressantes dans lesquelles il entre, il résulte qne toutes les idées religieuses délirantes peuvent s'observer dans presque tontes les formes mentales; que dans chacune d'elles, le délire religienx affecte des caractères spéciaux, inhérents à la nature même de la maladie; enfin que ce délire n'ayant pas d'existence propre, ne permet pas d'admettre en tant qu'entité pathologiqne, une folie religiense proprement dite.

BULLETIN

Traitement de la tuberculose par des injections sous-cutanées médicamenteuses. — Avantages de ces injections sur celles de produits de cultures bacillaires.

L'échec de la méthode de Koch a eu pour conséquence de donner une activité nonvelle aux recherches ayant pour but d'atteindre le bacille de la tuberculose, soit directement par des agents antiseptiques, soit indirectement en augmentant les propriétés bactéricides du milieu dans leqnel vit le bacille.

Parmi les recherches du premier ordre figurent celles de M. Gavoy, que nous avons publiées dans notre précédent numéro, sur les injections hypodermiques d'iodoforme, et celles que M. Picot a communiquées mardi dernier à l'Académie de médecine sur les injections de gaïacol iodoformé. (Voir le dernier numéro du *Journal des Sociétés scientifiques*.) Les recherches du second ordre comprennent les expériences dont nous avons déjà parlé plusieurs fois, de MM. Lépine, CharlesRichet, Héricourt, Saint-Hilaire, etc.,sur les injections sous-cutanées, trachéales ou intra-veineuses de sérum de sang de chèvre ou de chien, et nne communication récente de M. O. Liebreich à la Société de médecine de Berlin, sur les injections sous-cutanées de cantharidine ou de cantharidate de potasse. (Voir le dernier numéro du *Journal des Sociétés scientifiques*.)

L'iodoforme et le gaïacol, soit seuls, soit associés l'un à l'autre, sont de pratique courante dans le traitement de la tuberculose. Le mode d'administration par la voie hypodermique n'est pas nouveau non plus : M. Lépine et M. Jorissen, le dernier surtout, ont employé *largâ manu* les injections sons-cutanées de créosote dont est extrait le gaïacol. Ceci, dit pour mémoire, n'enlève rien à l'intérêt des recherches de M. Gavoy et de M. Picot; nous pensons, au contraire, que ces recherches doivent être encouragées et poursuivies sur une grande échelle, car elles offrent une médication qui, conduite avec la prudence dont ne se départit jamais un clinicien digne de ce nom, joint une parfaite inuocuité à une action réelle, à une utilité dont les faits ultérieurs, en se multipliant, montreront l'étendue et le degré.

Nous n'avons pas à revenir, pour aujourd'hui du moins, sur les expériences qui se poursuivent en France avec le sérum de chèvre ou de chien. En Allemagne, celles que M. O. Liebreich a entreprises sur l'action de la cantharidine et de ses sels viennent de fixer tout particulièrement l'attention et ne tarderont probablement pas, avec la série des communications de M. Virchow sur les méfaits de la lymphe de Koch, à porter le dernier coup à celle-ci, malgré les efforts plus persévérants qu'heureux de quelques fidèles.

M. Liebreich est parti de ce fait que la propriété caractéristique de la cantharidine, prise à l'intérieur, est de déterminer du côté des capillaires une modification spéciale qui permet l'issue du sérum. Cette exsudation se produit dans les poumons comme dans les reins; elle peut être assez considérable pour amener l'asphyxie, malgré la mise en œuvre des mouvements respiratoires artificiels. L'excitabilité des capillaires n'est pas la même dans toutes les régions et l'exsudation séreuse est en rapport avec cette excitabilité. Il en résulte qu'une dose de cantharidine, insuffisante pour impressionner l'organisme en général, pourra produire une exsudation locale dans une région dont les capillaires seront le siége d'une irritation pathologique. Le sérum, ainsi exsudé, peut servir à la nutrition des cellules et contribuer à les ramener à l'état normal; mais, d'autre part, il a une action bactéricide qui peut s'exercer sur les agents pathogènes avec lesquels il se trouve en rapport, action bactéricide qu'une médication intercurrente peut contribuer à renforcer. Ceci, d'ailleurs, peut se passer aussi bien pour d'autres états morbides et d'autres microorganismes que pour la tuberculose et le bacille de Koch.

Partant de ces données, M. Liebreich a institué des expériences cliniques dont les premiers résultats ont paru des plus encourageants. Après quelques recherches de tâtonnement, le savant allemand s'est arrêté à préparer une solntion, dont on trouvera plus haut la formule (p. 115), et dont chaque centimètre cube contient 2 décimilligrammes (0,0002) de cantharidine. Il conseille de commencer toujours par la dose d'un décimilligramme, de ne passer à 2 décimilligrammes que si la première dose est tolérée, de laisser au moins un jour d'intervalle entre deux injections successives, enfin de surveiller attentivement l'état des reins : nne maladie qnelconque de ces organes est une contre-indication absolue à l'emploi de la méthode.

Les phénomènes locaux et généraux consécutifs aux injections, ont été, sauf quelques exceptions, assez peu marqués pour qu'on ait permis aux malades en traitement de ne rien changer à leurs conditions d'existence. Les expériences de M. Heymann et de M. Fraenkel, qui sont analysées plus haut, viennent confirmer, tant sur les lésions locales et sur l'état général des malades, que sur le nombre et la vitalité des bacilles, les résultats observés par M. Liebreich et ses premiers collaborateurs. On ne peut évidemment tirer de ces faits aucune conclusion définitive; ce qu'il est permis de dire, c'est que, à l'exemple de ceux qu'ont apportés M. Gavoy et M. Picot, ils méritent de fixer l'attention et de devenir l'objet d'un contrôle sérieux.

— Dans un précédent *Bulletin* nous émettions l'avis qn'on devait désormais cesser toute expérimentation clinique avec la lymphe de Koch; aujourd'hui nous n'hésitons nullement à conseiller l'expérimentation avec les substances médicamenteuses dont il vient d'être question. C'est que, suivant nous, on ne saurait comparer, au point de vue des dangers à craindre consécutivement aux injections sous-cutanées, les toxines, produits inconnus et incertains de micro-organismes, et les substances chimiquement définies. Nous avons vu, sans doute, à propos de l'aconitine, que ces dernières substances ellesmêmes peuvent avoir une action physiologique ou toxique différente suivant leur origine. C'est là, heureusement, un fait exceptionnel, et il est permis de dire que, dans l'immense majorité des cas, ces substances, sortant à l'état de pureté du

creuset du chimiste, sont partout et toujours identiques à elles-mêmes.

Il est loin d'en être ainsi, du moins dans l'état actuel de la science, pour les toxines et, d'une manière générale, pour les produits engendrés par les microbes. La variabilité des caractères pathogéniques de ces derniers, sur laquelle nous avons insisté, entraîne évidemment une variabilité correspondante dans les propriétés de leurs produits de sécrétion ou des extraits de leurs cultures. Et si l'on songe, d'autre part, aux difficultés extrêmes de la préparation de ces produits, difficultés sur lesquelles M. Koch lui-même s'est si fortement appesanti, peut-on admettre qu'on ait jamais eu entre les mains une lymphe constamment identique à elle-même par sa composition chimique comme par ses propriétés physiologiques et toxiques? De là sans doute la source des nombreux accidents observés à la suite d'injections de cette lymphe et l'échec définitif de la méthode du professeur de Berlin.

M. Abadie a appelé sur ce point l'attention de ses collègues dans la dernière séance de la *Société de médecine de Paris*. Il n'est pas convaincu que le bacille de la tuberculose soit un et toujours le même dans les différentes formes de la maladie que la clinique observe, par exemple dans le lupus, les tuberculoses ostéo-articulaires et la phthisie pulmonaire. On a cru, à un certain moment, que le bacille de la tuberculose et celui de la lèpre étaient identiques; on a trouvé plus tard des caractères qui les différencient. Il en sera peut-être ainsi un jour des bacilles que l'on rencontre dans les diverses formes de la tuberculose. En vain, dira-t-on que la généralisation si fréquente des tuberculoses restées de longues années locales démontre l'unité du bacille; cette généralisation peut s'expliquer par des infections successives venues du dehors ou d'ailleurs et n'ayant, avec la tuberculose locale initiale, d'autre rapport que la communauté d'un terrain depuis longtemps préparé, aussi bien que par la migration de bacilles partis du foyer primitif. Or, si l'on admet que le bacille diffère dans les diverses formes de tuberculose, on comprend que l'extrait glycériné d'une même culture agisse différemment sur l'une ou l'autre de ces formes, qu'il puisse, par exemple, constituer un agent plus ou moins curatif dans le lupus, et demeurer inerte ou même devenir nuisible dans la phthisie pulmonaire.

Les considérations qui précèdent sont hypothétiques, sans doute, mais elles trouvent leur raison d'être et leur justification dans l'obscurité et la complexité des problèmes que poursuit la bactériologie et qui attendent encore une solution. Dans l'état actuel des choses, l'étude de ces problèmes est œuvre du laboratoire et ne saurait ressortir à la clinique.

Dr F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène. — M. le docteur Gariel (de Paris) a été nommé membre du Comité consultatif d'hygiène de France.

Inauguration de l'Hôtel des étudiants de Montpellier. — Le 4 février, l'Association générale des étudiants célébrait l'inauguration de son nouveau local. De nombreux membres et amis de l'Université, invités à cette fête ainsi que leurs familles, étaient venus témoigner de leur intérêt pour les efforts accomplis par les étudiants de Montpellier, et applaudir aux résultats obtenus.

NOUVELLES

AVIS

MM. les Actionnaires de la **Gazette Médicale** *sont informés que l'Assemblée générale annuelle aura lieu le Samedi 21 mars, à 5 heures, au siège social.*

Aux termes des Statuts, le présent avis doit être considéré comme une convocation régulière.

Facultés et écoles des départements.

École de médecine d'Alger. — M. Julien est nommé professeur de physiologie.

École de médecine de Reims. — Un concours s'ouvrira, le 5 novembre 1891, devant l'École supérieure de pharmacie de Nancy, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École de médecine de Reims.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — État nominatif des docteurs en médecine reçus pendant les mois de janvier et février (année scolaire 1890-91). — Bula-Lafont. De l'intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine. — Périsson. Contribution à l'étude des paralysies et des amyotrophies dans la chorée de Sydenham. — Brodu. Des troubles vésicaux et des altérations de l'urine symptomatiques des affections rénales. — Marty. Du traitement des arthrites tuberculeuses par l'iodoforme. — Bachelier. Contribution à l'étude de la lithotritie à séances prolongées. — Lépinay. L'Institut anatomique de la Faculté de médecine de Bordeaux. — Barret de Nazaris. Traitement des prolapsus génitaux par la colpopérinéorraphie et la colposyntomie combinées immédiatement avec l'opération d'Alquié-Alexander. — Rozier. De la tuberculose testiculaire diffuse. — Bourrus. Étude sur les formes anormales de l'utérus gravide, leur influence sur la grossesse, l'accouchement et la délivrance.

Corps de santé militaire. — Armée territoriale. — *Sont nommés au grade de médecin aide-major de 2e classe*: MM. Blessing, Boé, Dauthuille, Marque, Guillou, Bloch, Perchaux, Cousin, Legry, Delagenière, Eraud, Auvergniot, Mouls, Jabot, Benoist, Mosnay, Leudet, Sauzay, Gibotteau, Chevillet, Hillemand, Adenot, Aubert, Carrère, Martin, Monnier, Natier, Pellisson, Coffin, Menne, Parmentier, Décressac et Mary.

Corps de santé de la marine. — *Sont nommés ou promus au grade de médecin de 2e classe.* — MM. les docteurs Rourdon et Callas, médecins auxiliaires de 2e classe.

Au grade de médecin de 1re classe. (Réserve): MM. les docteurs Candé, Deniau, Narbonne et Parès, médecins de 2e classe de réserve.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Excursion de Paris en Italie par trains rapides et à prix très réduits. La Semaine Sainte à Rome* et visite de Turin, Gênes, Pise, Florence, Bologne, Venise et Milan.

Départ de Paris (P.L.M.) le jeudi 19 mars à minuit 45' (nuit du mercredi au jeudi). Retour à Paris (Est) le 10 avril, (22 jours en Italie).

D'accord avec la Société des Voyages Économiques, la Compagnie fera émettre *du 11 au 14 mars au soir* des billets d'excursion comprenant:

1° Le transport en chemin de fer; 2° les repas (vin compris) et le séjour dans les hôtels correspondants de l'Agence des Voyages Économiques; 3° le transport en omnibus et en voiture; 4° les entrées dans les musées et monuments; 5° les guides et interprètes. (Par les soins de l'Agence des Voyages Économiques.)

Prix de l'Excursion complète: 1re classe, 510 francs; — 2e classe, 460 francs. — Le nombre des places est limité.

Les billets seront délivrés : 1° à la gare de Paris-Lyon-Méditerranée ; 20, boulevard Diderot ; dans les bureaux-succursales de la Compagnie ci-après désignés; rue Saint-Lazare, 88; rue des Petites-Ecuries, 11; rue de Rambuteau, 6; rue du Louvre, 44; rue de Rennes, 45; rue Saint-Martin, 252; place de la République 8,; rue Sainte-Anne, 6 et rue Molière, 7; rue Étienne-Marcel, 18. Bureau Général des Billets de chemins de fer de l'Hôtel-Terminus de la gare de Paris Saint-Lazare (Général Ticket Office); 2° aux bureaux de vente de l'Agence des Voyages Économiques, rue Auber, 10, et rue Montmartre, 161, à Paris.

Des billets d'excursion seront aussi délivrés du 4 au 12 Mars dans les gares situées sur l'itinéraire du train spécial entre Paris et Modane et dans celles de Marseille, Montpellier, Nîmes, Avignon, Grenoble, Clermont-Ferrand, Saint-Étienne, Lyon, Genève, Moulins, Nevers et Besançon.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Alex. Coccoz, éditeur, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

De l'Eczéma, son traitement par les eaux minérales et les moyens thérapeutiques ordinaires, par le docteur Puy-le-Blanc. — In-8°, 1890. — Prix : 1 fr. 50.

Publications du Progrès médical, Paris, 14, rue des Carmes.

Œuvres complètes de J.-M. Charcot, tome IX : *Hémorrhagie et ramollissement du cerveau, Métallothérapie et hypnotisme, Electrothérapie.* Un beau volume in-8° de 571 pages, avec 13 planches en phototypie et chromolithographie. Prix, 15 fr.

De l'idée de persécution dans la mélancolie et le délire des persécutions, par le docteur Blin. — Volume in-8° de 109 pages. — Prix : 2 fr 50.

A la Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Iconographie de la flore française, par H. Baillon, 37° et 38° série. — Prix de chaque série de 10 planches, sous enveloppe : 1 fr. 25.

Du même auteur : *les Herborisations parisiennes*, 500 pages, 450 figures. — Prix : 5 francs.

Étude sur les empoisonnements alimentaires : *microbes et ptomaïnes*, par les Drs Polin et Labit, médecins-majors des armées. — Un volume grand in-8° de 240 pages. — Prix 5 francs.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 22 AU 28 FÉVRIER 1891

Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 3. — Rougeole, 11. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 12. — Diphtérie, croup, 47. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 246. — Autres tuberculoses, 26. — Tumeurs cancéreuses et autres, 54. — Méningite, 41. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 46 — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 5. — Maladies organiques du cœur, 69. — Bronchite aiguë et chronique, 102. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 89. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 52. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 29. — Sénilité, 39. — Suicides et autres morts violentes, 28. — Autres causes de mort, 194. — Causes inconnues, 16. — Total 1190.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

***Rédacteur en chef :* M. le Dr F. DE RANSE**

***Membres :* MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).**

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

HOPITAL NECKER. — CLINIQUE DU PROFESSEUR LE DENTU.

LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Leçon rédigée par le Dr Pierre Sebileau, *prosecteur des hôpitaux.*

(Suite et fin) (1)

Pendant longtemps, Messieurs, les chirurgiens sont restés désarmés devant la grossesse extra-utérine ; toute intervention leur était défendue : leur rôle se bornait à suivre et à étudier les efforts que faisait la nature pour débarrasser l'organisme du kyste ; l'action n'était permise que lorsque la suppuration se faisait jour à travers la paroi abdominale ou le rectum : on se comportait alors vis-à-vis de la poche comme à l'égard de toute cavité phlegmoneuse et purulente ; ou tentait d'extraire les corps étrangers et de lutter par des lavages profonds contre la septicité du liquide. C'est encore ainsi qu'il faut agir, Messieurs, en présence d'un kyste fœtal suppuré ; il importe de faciliter et d'activer le processus naturel d'élimination par l'incision des abcès qui se développent, par l'élargissement et la section large des trajets fistuleux, par l'extraction des ossements du fœtus, par la désinfection sérieuse du sac.

Mais cette conduite, vous ne devrez la tenir que quand elle vous sera imposée par les circonstances; les chirurgiens de nos jours, enhardis par les merveilleux résultats de la pratique de l'antisepsie, ne doivent plus, comme leurs anciens, laisser la grossesse extra-utérine évoluer; il ne convient plus de traiter le kyste suppuré: il faut prévenir sa suppuration. C'est dire, en somme, que l'on doit considérer la grossesse extra-utérine comme une simple tumeur abdominale justiciable de l'intervention radicale, et commandant, par conséquent, l'extirpation par la laparotomie.

Mais ceci mérite quelques explications. Au point de vue thérapeutique, il convient de diviser les grossesses extra-utérines en deux groupes : dans le premier doivent être rangés tous les cas où le fœtus n'a pas encore atteint l'âge de cinq mois; dans le second tous ceux où il l'a dépassé.

Vous savez, Messieurs, qu'il existe de nombreux exemples de kystes fœtaux dont le contenu s'est peu à peu résorbé ou s'est transformé en une masse calcaire parfaitement tolérée par l'organisme, à la façon d'un corps étranger inoffensif. Cette évolution particulièrement heureuse de la grossesse extra-utérine a suggéré à quelques praticiens l'idée de tuer le fœtus dans son sac, pendant les premiers mois de la gestation, et de le livrer ainsi, mort, aux efforts de la nature. On a voulu d'abord le prendre par la faim; à cet effet Ritgen privait la mère d'aliments, et Keller lui faisait des saignées répétées. Elle seule souffrait et s'affaiblissait. Puis on a tenté l'empoisonnement, et c'est encore à la circulation maternelle qu'on s'est adressé ; l'ingestion de la strychine, les injections sous-cutanées d'ergotine, les onctions mercurielles ont tour à tour été employées et toujours se sont montrées plus nuisibles pour la mère que pour le fœtus. Tous ces procédés dangereux et inutiles sont à juste titre aujourd'hui tombés dans l'oubli. Deux seulement jouissent encore de quelque faveur : l'électricité et l'instillation, dans l'intérieur du sac, de chlorhydrate de morphine.

La méthode électrique (électro-puncture, faradisation, galvanisation) n'a point la bénignité qu'on serait tenté de lui accorder. Elle expose à la rupture du kyste, et n'agit, du reste, que lentement, à la suite de séances répétées nécessitant ainsi une temporisation préjudiciable à la malade, puisque les chances de mort par évolution spontanée du kyste augmentent à mesure que celui-ci avance en âge. Sur 44 cas où l'électricité a été employée, il y eu deux morts, deux fois apparition de symptômes très graves et deux échecs absolus.

Les injections intra-kystiques de chlorhydrate de morphine me paraissent peu recommandables; d'abord il faut employer une dose, trois centigrammes environ, qui peut déterminer chez une femme non mithridatisée quelques accidents, puis, en pénétrant dans le kyste, on peut provoquer une hémorrhagie, infecter la poche, perforer une anse intestinale. C'est là un procédé aveugle, qui n'a rien de chirurgical, et qui doit laisser le pas à la laparotomie.

Cette question de l'intervention radicale avant le cinquième mois se pose dans deux ordres de conditions différentes. Dans certains cas, le chirurgien a la main forcée par l'apparition soudaine d'accidents graves, mortels à brève échéance, provoqués par la rupture du kyste. Je vous ai déjà donné mon avis à ce sujet et je vous ai dit que, si porté que je sois vers l'intervention, j'estime, qu'il n'y a pas toujours lieu d'opérer immédiatement les malades présentant des signes non douteux d'hématocèle intrapéritonéale, pour la double raison que ces épanchements de sang ne sont pas toujours d'origine kystofœtale et que souvent, après un début si effrayant, les symptômes s'amendent très rapidement; sachez donc attendre un

(1) Voir le numéro précédent.

peu, et n'intervenez que si réellement le danger se montre immédiat.

Dans d'autres cas, au contraire, la grossesse extra-utérine évolue sans accidents, vous avez le loisir de vous décider en faveur de l'intervention ou de l'expectation ; quelle doit être votre conduite ? Les avis sont partagés, mais je dois dire que la tendance actuelle est d'opérer toujours et quand même. Pour ma part je n'hésiterais pas à pratiquer la laparotomie. Je sais bien qu'on peut m'objecter la vie du fœtus qui peut, en somme, venir à terme; mais c'est là, Messieurs, un calcul dangereux. Dans la balance mettez d'un côté les chances d'existence de l'enfant et de l'autre les chances de mort de la mère, et vous verrez combien celles-ci l'emportent sur les précédentes. Si donc il existe un moyen certain, peu grave, de sauver la mère en prévenant les accidents ultérieurs, il faut l'employer, sans souci du fœtus; or, ce moyen, c'est le traitement par la laparotomie qui, dans l'espèce, ne présente guère plus de danger qu'une salpingectomie ordinaire.

Supposez maintenant le cas d'une grossesse ectopique ayant atteint son sixième mois. Si l'enfant est mort depuis quelques jours seulement, il convient que vous n'opériez pas. La circulation placentaire se fait encore; les vaisseaux ne sont pas oblitérés, il y a de grandes chances pour qu'une hémorrhagie grave se produise au cours des manœuvres d'extraction. Vers le deuxième mois qui suit la mort du fœtus, le danger a beaucoup diminué,le placenta n'étant plus qu'un corps étranger sans vitalité. C'est donc cette période d'oblitération vasculaire que vous devrez, en règle générale, attendre, à moins cependant que des accidents généraux graves, provenant de la résorption et de l'infection qui en est la conséquence, ne vous obligent à intervenir plus tôt, éventualité avec laquelle il faut, du reste, assez souvent compter.

Le problème chirurgical devient plus difficile à résoudre, Messieurs, quand l'enfant est encore vivant. Il n'y a pas longtemps encore la laparotomie,pratiquée dans ces cas donnait de si mauvais résultats que la majorité des chirurgiens et des accoucheurs conseillait l'abstention. Certes le danger de l'expectation était grand aussi, mais on courait au moins les chances d'une transformation du fœtus en lithopédion. Les progrès réalisés, pendant ces dernières années, dans la technique des opérations abdominales ont changé la face de la question, et il est bien démontré aujourd'hui que la grossesse extra-utérine, livrée à son évolution naturelle, constitue pour une femme un péril bien autrement grand qu'une laparotomie bien conduite. Il faut donc opérer, mais une difficulté surgit ici : quel moment faut-il choisir? Certains chirurgiens, pénétrés de la gravité de l'extraction tant que la circulation placentaire fonctionne encore, et forts des malformations du fœtus qui s'opposent souvent à sa viabilité, conseillent d'attendre sa mort et d'intervenir ensuite ; d'autres, plus hardis, convaincus qu'une heureuse technique permet de lutter avec succès contre les pertes de sang et considérant que la vie du fœtus ne doit point être négligée, sont partisans de l'opération primitive.

Cette opinion, Messieurs, est celle que je veux défendre aujourd'hui devant vous. Tout fœtus ectopique n'est pas,croyez-le bien, voué à la mort : nous avons aujourd'hui entre les mains de bons moyens pour conserver les enfants faibles, chétifs, et nous n'avons pas le droit, en ce qui concerne le traitement de la grossesse ectopique, de ne pas tenir compte de la vie de ces petits êtres, puisque, d'autre part, la laparotomie bien faite ne nous paraît pas entraîner pour celle de la mère un danger sensiblement plus grand qu'une opération faite quelques mois plus tard, à un moment où, après la mort du fœtus, des accidents septicémiques ont déjà pu se produire.

C'est donc, Messieurs, l'intervention hâtive, vers le septième mois,que je préconise dans les cas de gestation extra-utérine ayant dépassé le cinquième mois. Cette intervention,quelle est-elle? pour atteindre le sac quelle voie convient-il de choisir?

Faut-il ouvrir la paroi abdominale ou le vagin? D'une façon générale j'estime que l'élytrotomie ne saurait rendre, à beaucoup près, les services de la laparotomie. On opère toujours un peu en aveugle et trop à l'étroit dans le fond du cul-de-sac vaginal ; il est difficile de se rendre maître des hémorrhagies ; enfin la présence de l'uretère et de l'artère utérine rendent dangereux des débridements étendus. Aussi mon avis est-il qu'on doit aborder le sac fœtal par la voie vaginale dans les cas seulement où le fœtus est déjà mort depuis un certain temps et où le kyste, plongeant dans l'excavation, est, pour ainsi dire, enclavé dans le petit bassin.

En toute autre circonstance, c'est à la laparotomie qu'il faut donner la préférence. Le ventre ouvert, on peut débarrasser la malade de son kyste fœtal par deux procédés différents : l'un, plus rapide, consiste à pratiquer l'extraction du sac en le décortiquant comme on le fait pour les tumeurs incluses dans le ligament large ; l'autre, plus lent, consiste à ouvrir la poche, à suturer chacune de ses lèvres à la plaie abdominale, à extraire le fœtus, à laisser le placenta se détacher peu à peu, et la surface interne bourgeonner lentement, à la faveur de lavages antiseptiques répétés : ainsi se traitent les kystes de l'ovaire, dont les adhérences rendent l'extraction impossible par l'évacuation du contenu après fermeture de toute communication avec la cavité péritonéale ; il est bon d'assurer la dessication du sac par le tannin ou le benzoate de soude.

Il faut pratiquer l'extraction d'emblée toutes les fois que cela est possible ; mais il est des cas où des adhérences trop nombreuses et trop fermes s'y opposent; du reste, même dans les opérations les plus heureuses, il y a toujours à lutter contre l'hémorrhagie qui provient de la rupture des tissus nécessitée par l'énucléation de la poche ; aussi peut-on dire qu'au total l'incision du sac et le nettoyage de sa cavité, après fixation au péritoine pariétal, constitue un procédé plus facile, moins aléatoire, compensant largement, par l'absence de tout danger sérieux, la lenteur de la guérison qu'il assure.

REVUE GÉNÉRALE

CONSIDÉRATIONS SUR L'ARTHRITISME DANS SES RAPPORTS AVEC LE NERVOSISME.

Par GEORGES LEMOINE (de Lille) et HUYGHES.

Suite (1)

V

A côté de ces troubles qui se passent dans la sphère psychique la plus élevée, les arthritiques en présentent d'autres, d'ordre plus grossier; ce sont ceux qui sont liés à des perturbations physiques et qui influencent la partie de l'intelligence qui s'occupe des fonctions organiques et sensorielles. En premier lieu, nous placerons les *illusions* qui sont fréquentes chez eux et qui sont toujours en rapport avec des troubles de la circulation.

Ces illusions consistent en une interprétation fausse d'une perception sensorielle. Le plus souvent, c'est le sens de la vue qui leur donne naissance. Les plus fréquentes de ces illusions

(1) Voir les numéros 8 et 10.

consistent à prendre une ombre pour un objet animé, le plus souvent une souris, un chat, un chien ; quelquefois il semble même que cette ombre se déplace et se meut avec rapidité. Mais cette impression est extrêmement fugitive, elle ne dure qu'une très faible partie d'une seconde, et se produit si rapidement, que le sujet n'a pas le temps de fixer son attention sur elle. Ces illusions peuvent être de différentes natures, elles varient beaucoup selon les personnes, elles ne se répètent que de loin en loin et affectent le sens de la vue d'une façon presque exclusive ; il est très rare de trouver des illusions auditives et nous n'avons jamais rencontré d'illusions créées par les autres sens. Ces illusions ne se produisent, et nous insistons sur ce fait qu'au moment où les sujets présentent des troubles de la circulation et particulièrement de la circulation cérébrale. Elles coïncident en général avec les bouffées d'hyponchondrie dont nous venons de parler. C'est pour cela qu'elles arrivent quelquefois coup sur coup pendant plusieurs jours pour disparaître ensuite pendant des semaines et des mois. Quand le malade a remarqué ce fait, la présence de ces illusions attire son attention sur son état physique et lui indique qu'il est ou va être pris de malaises nouveaux. En revanche il ne paraît pas y avoir d'*hallucinations* véritables chez les gens simplement arthritiques, et quand elles se produisent, on peut les rattacher à l'hérédité nerveuse à forme grave. On peut rapprocher les illusions produites par le sens de la vue des troubles oculaires qu'on observe si souvent au cours d'un accident arthritique fréquent, la migraine. Le scotome scintillant et les malaises qu'il occasionne, l'hémiopie, les mouches volantes sont des phénomènes à peu près du même ordre ; la seule différence qu'il y ait entre eux et les illusions dont nous parlons, c'est que l'élément psychique prend une part importante à la formation de ces dernières, ou en d'autres termes, les phénomènes migraineux sont simplement d'ordre sensoriel tandis que les autres sont d'ordre psycho-sensoriel.

Lorsqu'au lieu de se porter vers l'encéphale, le flux congestif se dirige sur les organes respiratoires, les troubles ressentis changent naturellement de caractère, mais il est à remarquer que, quelque soit l'organe atteint, il y a toujours en outre des désordres physiques, des désordres psychiques qui se mettent vite au premier rang ; c'est ainsi que, dans le cas particulier de bouffées congestives vers les organes thoraciques, on observe non seulement de l'oppression et de l'anxiété respiratoire, mais encore de l'irritabilité du caractère, de la mélancolie ou l'aggravation d'un malaise moral habituel.

Sénac a remarqué cette coïncidence et s'exprime ainsi (1) :

« L'arthritique, plus que tout autre individu, a besoin d'air et d'espace, sous peine d'éprouver de la gêne respiratoire. Celle-ci n'est pas due uniquement à un effet physique de congestion de l'appareil hématosique, le système nerveux paraît y avoir une certaine part. Il est certain que le séjour dans un local, trop peu vaste pour le nombre des individus qui y respirent, et où l'air ne se renouvelle pas librement, est souvent difficile pour les arthritiques, et surtout chez la femme. Beaucoup d'arthritiques ne peuvent supporter le séjour dans une église, dans une salle de spectacle ou de concert, surtout s'ils savent les portes fermées. Ce même sentiment de gêne et d'oppression existe même en plein air, dans une foule, par exemple, et sans qu'il y ait en aucune façon obstacle mécanique à la respiration. Il se produit souvent dans l'obscurité.

Il en est de même du séjour dans l'eau : les individus dont il est question ne peuvent se baigner sans éprouver une gêne immédiate de la respiration et cet effet peut-être tout à fait indépendant de la température du bain. »

Pareille chose se produit la nuit. Il suffit que le décubitus amène un changement même minime de la circulation pulmonaire ou encéphalique pour que le sommeil devienne agité et coupé de cauchemars.

Le malade endormi est en proie à l'inquiétude physique que nous avons signalée plus haut et à des rêves d'une netteté toute particulière, dont il conserve le souvenir à son réveil et qui l'impressionnent vivement, car ils ont presque toujours un caractère pénible. C'est dans ces cas qu'on observe des rêves à répétition, c'est-à-dire que le même rêve revient de temps en temps, pendant des années entières, presque sans subir de modification ; nous avons connu des gens arthritiques, souffrant de leur diathèse et qui depuis leur enfance éprouvaient ce symptôme toutes les fois qu'ils étaient indisposés par des troubles de la circulation. Habituellement les sensations fournies par les troubles organiques jouent un grand rôle dans ces rêves et leur impriment une direction spéciale. Bien souvent encore, le rêve est remplacé par un demi-sommeil pendant lequel le malade éprouve une anxiété vague, comme celle qui est créée par l'attente d'un danger et qui donne à leur caractère, après le réveil, une teinte mélancolique qui dure au moins pendant plusieurs heures. De même origine sont les tressaillements, les crampes, les contractions involontaires, qui se produisent au moment où le sommeil commence et qui deviennent si douloureux chez les rhumatisants ou les goutteux par le mouvement brusque imprimé aux parties malades dont l'immobilisation absolue peut seule supprimer la douleur.

On sait que les arthritiques ont besoin, pour échapper à des troubles qui sans cela seraient constants, d'avoir de temps en temps soit une décharge hémorrhoïdaire ou menstruelle, soit un flux diarrhéique, soit un accès de polyurie ou de transpiration. Lorsqu'une saignée locale ou une dérivation d'un autre genre se produisent, ils éprouvent, quand elles sont terminées, un bien-être qui dure pendant une période plus ou moins longue.

Mais il est une de ces dérivations sur laquelle, croyons-nous, on n'a jamais insisté, c'est celle qui se produit par les organes génitaux. Nous avons vu de ces arthritiques chez lesquels il se produisait de loin, en loin, mais à époques presque fixes, tous les mois, par exemple, une poussée congestive génitale qui provoquait chez eux un besoin impulsif de coït, qui ne disparaissait qu'au bout de deux ou trois jours après une véritable saturation ; cette période est marquée chez eux par une forte tendance hypochondriaque, mélange de rêveries et d'érotisme qui disparaît au bout de deux ou trois jours en même temps que le besoin de rapports sexuels. Nous tenons à faire remarquer que ce symptôme, comme la plupart des symptômes de l'arthritisme, offre un caractère franchement périodique. Tous les gens sujets aux migraines savent que celles-ci reviennent bien souvent à jour fixe avec une intermittence régulière, il en est de même d'autres phénomènes de même origine, et en particulier des impulsions génésiques dont nous parlons ; si le malade leur cède, son caractère reprend rapidement ses allures normales, sinon, l'hypochondrie persiste plus longtemps. Il est bon d'ajouter que le reste du temps, ces malades ne présentent aucune tendance érotique, et en second lieu que ce ne sont pas des névropathes héréditaires, ni des cérébraux, et que ce sont simplement des arthritiques. Nous répondons ainsi au reproche qu'on n'aurait pas manqué de nous faire, de confondre complètement l'arthritisme avec l'hérédité nerveuse et de donner à l'un les caractères qui appartiennent à l'autre.

Nous avons dit que, parmi les décharges critiques favorables

(1) *De la diathèse congestive*, p. 55

aux arthritiques, il fallait ranger la polyurie; il convient d'ajouter que quelquefois, au lieu de la polyurie, il se produit de l'ischurie plus ou moins marquée. Dans ce cas, le malade, au lieu d'éprouver le bien-être que produit la polyurie, ressent une exagération de ses malaises physiques et moraux qui dure autant que la congestion rénale cause de la diminution des urines. Les phénomènes mélancoliques prennent une acuité particulière pendant cette période et ne cèdent que lorsque la polyurie apparaît.

Par l'exposé de tous les faits qui précèdent et qui tous ont été scrupuleusement observés, on peut se rendre compte que les arthritiques présentent un caractère très différent de celui des neurasthéniques et des névropathes proprement dits et dans lequel, cependant, l'émotivité nerveuse joue un très grand rôle. Comme l'a dit Charcot, l'arthritisme est la diathèse génératrice de la diathèse nerveuse; l'arthritique n'est pas encore un névropathe, mais il est à la veille de le devenir et bien souvent, ses enfants le sont. Les perturbations du caractère sur lesquelles nous venons de nous étendre, constituent le premier degré d'un état dont la neurasthénie est le second et dont les diverses névroses sont l'aboutissant. En général on considérait la neurasthénie comme le fond initial du nervosisme; nous avons tenu à montrer qu'il existait quelque chose de plus primordial encore, qui consiste dans l'état de nervosisme grave habituel des arthritiques vulgaires.

Nous venons de voir que l'arthritisme à son degré le plus atténué peut, par suite des troubles circulatoires et du ralentissement de la nutrition qu'il entraîne, donner aux gens qui en sont entachés un caractère tout particulier et présentant de grandes analogies avec le caractère névropathique. Un degré de plus encore et l'arthritisme, en engendrant des lésions vasculaires puis parenchymateuses, fait naître des affections organiques dont les lésions occupent les parties centrales et périphériques du système nerveux.

VI

Nous avons suffisamment insisté sur le rôle pathogénique de l'arthritisme sur la neurasthénie pour ne pas avoir à y revenir et nous renvoyons le lecteur à notre premier chapitre ou à l'article Neurasthénie du *Traité des Névroses* d'Axenfeld et Huchard (page 902).

L'hystérie, cette autre névrose qui occupe dans l'échelle des affections nerveuses un rang plus élevé que la neurasthénie, évolue elle aussi bien souvent, sur le terrain arthritique. « Il est absolument démontré par nous, dit Huchard, que l'arthritisme, et par ce mot nous entendons toutes les affections articulaires et abarticulaires de la diathèse, en se transmettant d'une génération forte et vigoureuse à une autre débilitée et affaiblie, dégénère souvent en névropathie; sans doute, il s'agit le plus souvent de cette hystérie vague connue sous les noms divers de neurasthénie et de nervosisme, mais parfois aussi l'état nerveux engendré par l'arthritisme peut s'élever jusqu'à l'hystérie : il en résulte que cette dernière affection s'élève ainsi parfois jusqu'au rang de maladie constitutionnelle, ce qui explique peut-être sa résistance aux moyens thérapeutiques et même son incurabilité dans certains cas. » (Huchard. *Traité des Névroses*, p. 1073).

Ce sont là aussi les idées de la Salpêtrière que nous trouvons si souvent exprimées dans les « Leçons du Mardi » et nous ne pouvons mieux faire que citer encore les paroles de Charcot : « On a pu se convaincre que la diathèse arthritique, dont le rhumatisme articulaire est un des représentants les plus autorisés, les plus vulgaires, et la diathèse nerveuse s'associent volontiers l'une avec l'autre, pour créer en clinique les combinaisons les plus variées, sans qu'on puisse dire qu'il y ait jamais entre elles cependant une véritable promiscuité. Il n'est pas à proprement parler, un seul des membres neuropathologiques, où l'association des deux diathèses (arthritique et nerveuse) ne puisse être signalée. « Nous irons plus loin en affirmant que ce que Charcot (1) dit n'être qu'une simple promiscuité est en réalité une dépendance intime, car nous considérons l'arthritisme comme le terrain primordial, indispensable à l'évolution de la diathèse nerveuse

Dans la chorée, cette relation se voit encore, aussi fréquente et plus apparente que dans l'hystérie; il est certain que, dans la chorée dite rhumatismale, le rhumatisme joue le rôle de cause première et que l'affection nerveuse n'est en définitive qu'une de ses manifestations. « Dans la chorée rhumatismale, le rhumatisme articulaire joue par rapport à la chorée le même rôle d'agent provocateur que la syphilis, par exemple, par rapport à l'ataxie locomotrice » (2). C'est une des choses les plus fréquentes que de voir, chez un sujet entaché d'arthritisme, le rhumatisme précéder la chorée, ces deux maladies alternant comme les effets d'une même cause; nous considérons la démonstration de la parenté intime entre l'une et l'autre comme une chose faite.

L'épilepsie n'échappe pas à cette loi ou du moins il existe une variété d'épilepsie qui reconnaît l'arthritisme comme cause. Le professeur B. Teissier (de Lyon), dont la science d'observation ne peut être mise en doute, a fait une communication, à la fin de sa carrière, sur les crises d'épilepsie qui peuvent être rattachées à l'arthritisme. Il cite le cas d'un arthritique goutteux chez lequel des crises d'épilepsie alternaient avec des accès de goutte; et celui d'un homme de 65 ans, rhumatisant, hémorrhoïdaire, qui eut, coup sur coup, deux crises d'épilepsie à la suite de la gravelle. D'autres observations ont trait à des arthritiques chez lesquels l'épilepsie survint à la suite de la gravelle. Trois observations ont trait à des arthritiques chez lesquels l'épilepsie se montra, soit comme l'accident initial, soit comme une manifestation alternante avec d'autres accidents arthritiques (3). Dans la discussion qui eut lieu à la suite de cette communication, MM. Diday et Chappet appuyèrent l'opinion de leur éminent collègue de la relation de cas semblables observés dans leur pratique personnelle.

La coïncidence si fréquente de l'épilepsie et de la migraine, accident franchement arthritique, nous fournit une raison de plus de considérer l'épilepsie comme ayant des rapports très étroits avec l'arthritisme.

Les travaux de Féré, qui semblent démontrer, par la recherche de la toxicité des urines, que la crise épileptique est le résultat de l'intoxication de l'économie, permet aussi de penser que les maladies diathésiques, en viciant la nutrition, peuvent faire éclater ces décharges nerveuses.

Il existe aussi une forme d'angine de poitrine qui peut être envisagée comme un symptôme de l'arthritisme. « L'angine de poitrine, dit Landouzy (4) peut n'être qu'une des mille modalités du nervosisme arthritique. Par l'analyse de ses conditions étiologiques et pathogéniques, on ne saurait pas plus distraire l'angine de poitrine de l'étude de l'arthritisme que de l'étude de l'un de ses aboutissants les plus accapareurs, du nervosisme». Les travaux de Huchard démontrant la fréquence de l'angine de poitrine chez les artério-scléreux, c'est-à-dire, chez des

(1) Leçons du Mardi, 1889, p. 115.
(2) Charcot. Leçons du Mardi, 1887, p. 38.
(3) *Société de Médecine de Lyon*, 1884; *Lyon médical*, t. XLVIII. p. 123.
(4) *Progrès médical*, 1888, nos 35, 36.

malades dont le système vasculaire avait subi des altérations profondes du fait d'une intoxication lente du sang, sont venus apporter une preuve de plus à l'appui de la théorie qui considère l'angine de poitrine comme étant fréquemment d'origine arthritique.

VII

La plupart des névroses ont donc des liens étroits avec l'arthritisme, qui peut être considéré, sinon comme leur cause efficiente, du moins comme le terrain indispensable à leur évolution. Mais, comme elles, les affections organiques du système nerveux reconnaissent une parenté rapprochée avec l'arthritisme, et les divers auteurs qui se sont occupés de leur pathogénie ont reconnu la vérité de cette assertion. Ici encore nous nous contenterons de citer quelques faits.

La paralysie agitante, cette maladie dont la localisation anatomique, encore en partie inconnue, paraît résider dans les parties centrales de la moelle, autour de l'épendyme, s'observe fréquemment chez les arthritiques. En 1879, à propos d'une autopsie de paralysie agitante, le professeur Pierret faisait remarquer l'état des muscles dont les lésions étaient tout à fait comparables à celles de certaines formes de rhumatisme chronique. Revenant sur ce fait en 1880, M. Pierret montrait, dans une communication à la Société de médecine de Lyon, la relation de cause à effet qui existe entre la diathèse rhumatismale et un certain nombre de cas de paralysie agitante. Un de ses élèves, le Dr Vaisselle, a, dans sa thèse, réuni plusieurs observations où le rhumatisme se montre comme le facteur étiologique le plus important de la paralysie agitante, et il conclut en disant qu'il existe des paralysies agitantes à pathogénie différente et qu'il en existe une variété d'origine nettement rhumatismale (1).

(*A suivre.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE PHARMACOLOGIE

Sur l'action des sels formés par l'acide cantharidique (*Discussion à la Société de médecine de Berlin*), par MM. Saalfeld, Landgraf, Lublinski, Frænkel, Liebreich. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1891, n° 10, p. 271.)

La discussion s'est engagée, à la Société de médecine de Berlin, sur la valeur pratique des injections de cantharidine dans le traitement de la tuberculose et d'autres affections. Les résultats annoncés ne laissent pas entrevoir un avenir très brillant pour la nouvelle médication.

— M. Saalfeld a expérimenté le traitement de Liebreich dans un cas de lupus, chez un garçon de 12 ans. La maladie durait depuis trois ans. Le lupus occupait la joue gauche dans une étendue qui mesurait 2 centimètres de haut en bas et 1 centimètre en travers. La première injection de cantharidine a été faite le 23 février; dose, 1/2 décimilligramme. Quatre autres injections ont été faites dans la suite; une seule a été suivie d'une réaction locale. Le foyer de lupus s'est aplati, a pâli, a diminué d'étendue. Cependant l'auteur n'osait pas encore se prononcer dans le sens d'une amélioration bien franche. On n'a pas constaté d'albuminurie, pas de troubles de la miction, pendant la durée du traitement.

— M. Landgraf a expérimenté la nouvelle médication dans un certain nombre de cas d'affections du larynx, des bronches et des poumons, à savoir :

a. Dans cinq cas d'affections aiguës des voies respiratoires, survenues chez des gens qui, bien portants jusqu'alors, avaient présenté, à la suite d'un refroidissement on sans cause appréciable, de la raucité de la voix, une toux très fatigante, une dysphagie douloureuse. Les malades n'avaient pas de fièvre au moment où ils se sont présentés au médecin. L'examen laryngoscopique révélait l'existence d'une laryngite diffuse; la muqueuse, d'un rouge vif, était fortement tuméfiée; en outre, chez trois malades, les cordes vocales étaient envahies par des infiltrations jaunâtres, semblables à celles qu'on a eu fréquemment l'occasion d'observer dans le cours de la dernière épidémie d'influenza. Or, ce genre de laryngite guérit spontanément quand le malade est soumis à un régime approprié à son état de santé. Donc pour qu'on puisse mettre la guérison sur le compte d'une médication instituée, il faut que l'efficacité de celle-ci ne tarde pas à se manifester. Or, ce cas ne s'est réalisé chez aucun des cinq malades. Peut-être les injections de cantharidine ont-elles eu pour effet de faciliter l'expectoration et de faire disparaître la dysphagie, mais certainement elles n'ont pas abrégé la durée de la maladie.

b. Dans cinq cas d'affections chroniques, au sujet desquels l'auteur est entré dans quelques détails :

Chez une femme affectée d'une tuberculose à évolution lente, avec ulcération cratériforme de l'une des cordes vocales, dix injections de cantharidine ont amené une amélioration manifeste; l'ulcération s'est applatie, a pris meilleur aspect; la voix est devenue plus forte, plus claire, l'expectoration plus facile, la toux plus fréquente.

Une légère amélioration a été constatée, après trois injections, chez une dame affectée d'une lésion tuberculeuse du sommet gauche, avec raucité de la voix.

Chez un autre phtisique, dont le larynx, envahi par des lésions tuberculeuses, se trouvait en état de forte irritation, par suite de l'usage quotidien d'injections de menthol, la voix était devenue plus claire et la rougeur du larynx avait diminué, après neuf injections.

Un quatrième malade était complètement aphone. Depuis le mois d'octobre 1890, il crachait du sang le matin; on le soupçonnait d'être tuberculeux, mais on n'avait pas pu constater la présence des bacilles spécifiques dans les crachats. Des injections de tuberculine Koch avaient été suivies d'une réaction fébrile. Les poumons paraissaient être sains. Cet homme était affecté d'une rhinite chronique, avec hypertrophie considérable des amygdales. Après un traitement par le grattage, les crachements de sang ne se sont pas reproduits. La muqueuse du larynx était rouge et tuméfiée. Deux injections successives de cantharidine ont provoqué un œdème passager du larynx; la continuation du traitement n'a pas amené d'amélioration.

Un malade, atteint de la forme la plus grave de la phtisie laryngée, avait toute la face interne du larynx transformée en une vaste ulcération. Sous l'influence des injections de tuberculine, la situation du malade s'était aggravée. Puis on lui fit, deux jours de suite, une injection de cantharidine, de 2 decimilligrammes chaque fois; il survint, comme chez le malade précédent, de l'œdème du larynx; l'albuminurie, qui préexistait, augmenta. M. Landgraf n'a pas cru devoir continuer le traitement. D'ailleurs, l'état local des ulcérations laryngées ne s'était pas modifié.

En définitive, M. Landgraf conclut qu'à doses cumulatives le cantharidinate de potasse détermine un œdème des muqueuses envahies par une inflammation chronique, que certains phénomènes, tels que la facilité plus grande de l'expectoration, dénotent qu'à la suite de l'administration de doses

(1) Vaisselle. *Sur une forme rhumatismale de la paralysie agitante.* Lyon, 1881.

faibles il se fait également une exsudation de sérum à la surface des muqueuses enflammées. Quand l'œdème envahit une surface accessible à l'inspection directe, on est à même de constater sa rapide disparition. Quant à la question de savoir jusqu'à quel point cette exsudation de séreuse peut produire des effets curatifs, elle est encore tout entière à résoudre.

— M. Lublinski a employé les injections de cantharidine dans 16 cas de tuberculose des poumons et du larynx. D'une façon générale ces cas étaient de gravité moyenne. L'auteur ne peut s'empêcher de reconnaître que les injections de cantharidine ont exercé une certaine influence sur les lésions laryngées et tuberculeuses, mais sans qu'il lui soit possible de dire avec certitude jusqu'où cette influence peut aller dans le sens d'une guérison.

Après la quatrième injection, quelquefois déjà après la seconde, l'hyperémie augmentait à la surface de la muqueuse du larynx, qui se couvrait d'un mucus peu visqueux; les ulcérations prenaient meilleur aspect, se couvraient de granulations de bonne nature, voire que chez un alcoolique, affecté de lésions tuberculeuses dans les deux sommets, avec anémie du larynx, infiltration du pli inter-aryténoïdien et ulcération de la corde vocale droite, cette ulcération s'était cicatrisée après la huitième injection. Le cas le plus grave, parmi ceux qui ont fait l'objet des expériences de M. Lublinski, concernait un malade dont la surface interne du larynx était transformée en une ulcération annulaire; après la neuvième injection, le dépôt puriforme formé à la surface de l'ulcération s'était transformé progressivement en une mince couche de mucus.

Du côté des poumons, l'auteur n'a pas constaté de modifications objectives, sauf que l'expectoration devenait plus facile et que les crachats perdaient de leur viscosité; leur richesse en bacilles spécifiques n'a point varié.

M. Lublinski signale encore qu'un de ses malades portait un lupus sur la face dorsale de l'une des mains, et que dans les cours du traitement par les injections de cantharidine, les douleurs lancinantes qu'éprouvait le sujet avaient disparu. En même temps le foyer du lupus s'était aplati et avait diminué d'étendue.

— M. Fraenkel a fait savoir que depuis sa première communication (voir *Gazette médicale* 1891, n° 10, p. 15), il avait étendu le cercle des premières applications thérapeutiques de la cantharidine. Il n'a observé jusqu'ici que des améliorations, mais pas une seule guérison.

Les malades, à la vérité, se sont presque tous déclarés satisfaits de ce nouveau traitement, mais il s'agit là d'un élément d'appréciation très secondaire. Pour le moment, il est impossible de porter un jugement précis sur la valeur de la médication inaugurée par M. Liebreich.

M. Fraenkel a ajouté que plusieurs fois il a observé de la strangurie et de l'albuminurie, à la suite des injections de cantharidine. Il a profité de la circonstance pour recommander d'injecter d'abord le médicament à plus faible dose que celle indiquée par Liebreich, de débuter par 1/2 décimilligramme, au besoin même par 1/4 de décimilligramme, en se guidant sur la tolérance individuelle du sujet. Avant chaque injection il y aura lieu d'examiner les urines du malade. Si l'on constate de l'albuminurie, ou une simple opalescence, il y aura lieu de surseoir à l'injection et de diminuer ensuite la dose. C'est seulement quand on constate qu'une première injection n'entraîne ni albuminurie, ni strangurie, qu'on sera autorisé à augmenter la dose ultérieurement.

— M. Liebreich a rappelé qu'il n'avait pas caché que, dans l'emploi thérapeutique de la cantharidine, un danger est à craindre pour le malade du côté des reins. Mais si les complications néphrétiques constituent une contre-indication à l'emploi de la cantharidine, il n'en est pas de même d'une simple albuminurie légère.

M. Liebreich a insisté sur ce que son traitement ne développe aucune réaction fébrile, avantage considérable sur le traitement par la tuberculine de Koch, car les malades traités par les injections de cantharidine peuvent continuer leur train de vie habituel. Quant au reste, ce qui se passe dans les cas de lupus démontre d'une façon évidente l'action locale de la cantharidine sur les foyers morbides.

Enfin, en réponse à la question qui lui a été adressée par différents médecins, et qui est de savoir si, à ses yeux, la cantharidine est un médicament spécifique, M. Liebreich a fait remarquer qu'il fallait s'entendre d'abord sur le sens exact de ce mot. Si le mot spécifique doit désigner un remède qui exerce une action directe sur la détermination locale d'une certaine affection, la cantharidine est cela pour différentes maladies. Mais si le mot doit désigner un remède qui ne guérit qu'une seule et même maladie, la cantharidine n'est pas un spécifique. A l'avenir de nous apprendre si le traitement par la cantharidine peut à lui seul donner des guérisons, dans certaines maladies, ou s'il doit être appuyé par l'emploi d'autres remèdes.

E. Ricklin.

REVUE DES THÈSES

MALADIES INFECTIEUSES

Contribution a l'étude du traitement de la fièvre typhoïde, par J. Azam. (Th. Paris, 1890.)

Il s'agit du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. — Il faut baigner tous les malades, dit l'auteur. A peine une contre-indication est-elle attribuée aux hémorrhagies intestinales, à la péritonite et à la grippe. Quant aux maladies du cœur, si elles ne sont pas mal supportées, elles ne constituent pas un obstacle à la balnéation. L'auteur base ses conclusions sur une série de 20 fièvres typhoïdes traitées par les bains froids dans le service de M. Chauffard. Ces 20 malades sont guéris.

Un fait nous a toujours surpris dans la médication par l'eau froide: l'exigence de ses promoteurs à baigner indistinctement tous les cas au début. On se réserve ainsi pas mal d'erreurs de diagnostic.

L'auteur de la thèse a vu baigner un ictère grave, une variole, une granulie aiguë. Que de fébricules typhoïdes, à forme d'embarras gastrique fébrile, doivent être baignées dans les mêmes conditions! Et raisonnablement peut-on affirmer que la guérison rapide de ces fièvres bénignes est due à la balnéation? Tout autre traitement n'aurait-il pas amené les mêmes résultats heureux?

Restent alors les cas graves et surtout les formes ataxiques. Sur ce point tout le monde semble à peu près d'accord. Les bains froids sont utiles aux malades.

Mais, disent les apôtres intransigeants des bains froids, au début d'une fièvre typhoïde, on ne distingue pas un cas grave d'un cas bénin, et en négligeant la balnéation, on risque de laisser s'aggraver un état, qui sans cela, serait resté bénin. Cet argument est-il pur de tout reproche?

Malgré les bains froids, l'École de Lyon enregistre encore des décès. Il semble donc que les bains froids donnés dès le début n'enraient pas d'une façon constante la gravité de la fièvre typhoïde.

L'École Lyonnaise est très fière de sa statistique.

On lui en a opposé d'autres qui font bonne figure à ses côtés. Appliquer à une maladie infectieuse, quelle qu'en soit la gravité, et cela sans tenir compte de la résistance du malade, appliquer quand même et toujours un traitement systématiquement uniforme, certes une semblable médication, quand elle n'atteint pas la cause première de l'infection, ne peut avoir la prétention d'avoir énoncé la suprême formule du progrès en matière thérapeutique.

Des accidents pathogènes de la suppuration dans la fièvre typhoïde, par M. Richon. (Th. Lyon, 1890.)

Le bacille d'Eberth est pyogène par lui-même. Il peut l'être un certain temps après la disparition des ulcérations intestinales. On le rencontre dans les suppurations péritonéales, périostiques, certaines méningites anormales, des myélites rappelant par leurs symptômes la maladie de Landry. On ne sait dans quelles circonstances le bacille typhique, qui ne fabrique pas ordinairement du pus, peut acquérir cette propriété.

Le plus souvent les abcès des typhiques sont causés par les microbes pyogènes, l'action de ces microbes ayant été favorisée dans certains cas par le passage antérieur de ptomaïnes. Les ptomaïnes de la fièvre typhoïde entraînent, par exemple, une dégénérescence des canaux biliaires et des capillaires hépatiques. On comprend comment, sur un terrain ainsi préparé, les microbes de la suppuration peuvent se fixer et coloniser.

Ajoutons que le bacille d'Eberth et les microbes pyogènes peuvent se développer simultanément sur un même point. Dans les parotidites on a isolé à la fois le bacille d'Eberth, le staphylocoque orangé et le streptocoque. La thèse de M. Richon, qui renferme des recherches originales et un exposé détaillé de la question, est consciencieusement écrite et mérite d'être lue.

Embarras gastrique fébrile et fièvre typhoïde, par F. Courtet. (Th. Paris, 1889.)

L'auteur relate l'histoire d'une série d'embarras gastriques fébriles venant de quartiers où l'on avait bu de l'eau de la Seine, et il les considère avec raison comme des formes atténuées de la fièvre typhoïde. Pour admettre une telle interprétation, la réunion de certaines conditions tenant, tant à la constitution médicale qu'aux symptômes, est indispensable. Tout d'abord, la coexistence d'une épidémie de fièvre typhoïde s'impose. En second lieu, quelques symptômes revêtent une grande importance diagnostique : la diarrhée ocreuse, les taches rosées, l'hypertrophie de la rate.

Qu'il se produise enfin une rechute aboutissant à une fièvre typhoïde vraie, la nature typhoïdique de l'embarras gastrique fébrile primordial est démontrée. M. Courtet cite une observation de ce genre. Les malades ont en général guéri dans une dizaine de jours.

De l'accès pernicieux tétanique de la malaria, par M. Périnelle. (Th. Paris, 1889.)

La forme convulsive et éclamptique de la fièvre intermittente s'attaque avec une préférence marquée aux enfants âgés de moins de 4 ans. Chez l'enfant à la mamelle, la mort peut survenir au bout de quelques heures avec cyanose et convulsions cloniques suivies de contractures.

Au-dessus de six ans, l'enfant présente des prodromes semblables à ceux de l'adulte et constitués par des accès simples de malaria avec ou sans complications intestinales.

La paralysie des sphincters, une contracture légère des membres supérieurs, une fatigue générale sont encore des signes qui précèdent fréquemment l'accès pernicieux.

Ce dernier provoque du trismus; et c'est là le seul symptôme tétanique, ou bien il s'accompagne de contracture de la nuque, des gouttières vertébrales, des membres supérieurs et inférieurs et des muscles intercostaux. La respiration est suspendue et l'asphyxie serait fatale sans le secours de quelques inspirations pénibles et sifflantes. La température oscille entre 39 et 40°. Le pouls est filiforme. La période de rémission s'annonce par la chute thermique, la cessation des contractures et le besoin de sommeil.

Pour distinguer du tétanos l'accès pernicieux tétanique, on tiendra compte de la géographie médicale du pays, la malaria sévissant dans des régions nettement déterminées. De plus, dans l'accès pernicieux tétanique, la température monte dès le début du frisson, tandis que dans le tétanos, elle ne s'élève qu'au moment des contractures, avec des rémissions sans importance dans l'intervalle des paroxysmes. L'accès pernicieux se termine par des sueurs; on sait que dans le tétanos les sueurs, au contraire, accompagnent les paroxysmes convulsifs. Les muscles des membres supérieurs fréquemment atteints par les contractures dans l'accès pernicieux, sont d'ordinaire respectés dans le tétanos. On notera enfin l'obscurcissement de l'intelligence et l'hypertrophie de la rate présentée par les paludéens.

Si nombreux soient-ils, les signes de diagnostic différentiel ne laissent pas que d'être quelquefois d'une interprétation difficile.

L'auteur admet que les cas de tétanos guéris par le sulfate de quinine restent dans la classe des accès pernicieux tétaniques. Il conseille comme traitement le chlorhydrate de quinine en injections hypodermiques.

Considérations sur la dysenterie palustre, par Kgrohen. (Th. Paris, 1889.)

Au cours de la fièvre palustre, la dysenterie ne représente souvent qu'un épiphénomène passager et accessoire, perdu au milieu des autres manifestations de la maladie.

Mais elle peut revêtir une importance considérable, soit qu'elle coïncide avec des accidents palustres de diverse nature, soit qu'elle évolue à l'état de symptôme unique, résumant à lui seul le tableau de l'intoxication.

D'ordinaire la dysenterie palustre fait suite à une diarrhée bilieuse durant deux à trois jours. Quand elle a éclaté, les selles n'offrent jamais un caractère franchement hémorrhagique. Elle affecte le type périodique, avec la cessation de la fièvre et entraîne rarement la mort.

La cause de la dysentérie palustre réside dans l'usage des eaux marécageuses. On fera donc bien de faire bouillir les eaux de boisson. Le traitement comprend l'administration du sulfate de quinine et de l'ipéca. L'opium et le calomel ne sont guère utiles que dans la dysenterie passée à l'état chronique.

Fiessinger.

BULLETIN

Les conclusions de la commission chargée du rapport sur les causes de la dépopulation en France. — La chirurgie des voies biliaires. — Le traitement des suppurations pelviennes. — La diphthérie atténuée et la diphthérie par auto-infection. — Action bactéricide des corps gras et leur emploi dans le traitement de la tuberculose.

M. Rochard, au nom de la Commission chargée du rapport sur les causes de la dépopulation en France, a résumé très

nettement la discussion et lu les conclusions qui seront soumises mardi prochain au vote de l'Académie. Deux facteurs, en dehors du mouvement d'immigration et d'émigration, contribuent à l'accroissement ou à la diminution d'une population : la natalité et la mortalité. Relever la natalité, abaisser le taux de la mortalité, tel est, en ce qui concerne la population française, le double problème à résoudre. L'étude, sinon la solution du premier, appartient au moraliste, à l'économiste, au législateur, et la Commission a eu raison de se borner à appeler sur les points fondamentaux de la question l'attention des pouvoirs publics. Le second est du ressort du médecin, de l'hygiéniste, et il appartenait à l'Académie, avec la compétence et l'autorité dont elle jouit, de rechercher et de signaler les mesures propres à diminuer la mortalité. Les conclusions proposées par la Commission pourront être l'objet de quelques modifications, de quelques amendements, mais elles réuniront certainement l'unanimité des suffrages de la savante compagnie.

— La chirurgie des voies biliaires est depuis quelque temps à l'ordre du jour et donne lieu à de fréquentes communications. Plusieurs opérations se partagent les faveurs des chirurgiens : la cholécystotomie, la cholécystostomie, la cholécystectomie, l'entéro-cholécystotomie.

La première, dans laquelle on se borne, suivant la pratique de Spencer Wells, à inciser la vésicule, à la vider, à l'abandonner dans le ventre et à refermer la plaie abdominale, ne peut convenir qu'à des cas exceptionnels, où la vésicule n'est le siège d'aucun processus morbide.

L'entéro-cholécystotomie, dans laquelle on abouche la vésicule avec le duodénum, est d'une pratique peu étendue, du moins en France. Il reste encore à en mieux déterminer les indications.

C'est donc principalement entre la cholécystostomie et la cholécystectomie que les chirurgiens ont à se décider, et qu'ils peuvent avoir à hésiter. La seconde, dans l'immense majorité des cas, semble être considérée comme l'opération de choix. L'intéressante communication de M. Terrier, à l'Académie de médecine, dont le *Journal des Sociétés scientifiques* a donné l'analyse, montre que la cholécystostomie, avec la fistule temporaire qu'elle établit, doit parfois lui être préférée.

— L'importante discussion qui se poursuit, à la Société de chirurgie, sur le traitement des suppurations pelviennes, met aussi en présence deux opérations : la laparotomie et l'hystérectomie vaginale. Nous ne saurions, après les chirurgiens qui ont pu appuyer leurs arguments par les résultats d'une pratique journalière, prendre parti dans le débat. Mais ce qui nous paraît ressortir de tout ce qui a été dit, et qui nous semble en même temps plus conforme à l'ordre habituel des choses, c'est qu'on ne peut opposer systématiquement l'une des deux opérations à l'autre, et que chacune d'elles a ses indications propres qui, dans tel cas donné, doivent la faire prévaloir. Les cas douteux, dans lesquels l'hésitation est permise, ne doivent pas être aussi fréquents qu'on pourrait le supposer : à égalité d'opportunité, de difficulté et de gravité opératoires, il est une considération sur laquelle M. Bazy a eu raison d'insister, et qui doit peser sur la détermination de l'opérateur : nous voulons parler de la conservation, possible ou non, de la fonction génératrice. Aujourd'hui que la question de la dépopulation de la France est plus que jamais à l'ordre du jour, cette considération ne doit jamais être perdue de vue par le chirurgien.

— Un jeune médecin de Lyon, M. Royer, a succombé récemment, à l'âge de trente ans, à une diphthérie maligne qui a débuté par une mortification en masse des amygdales et a fait croire, dans les premiers jours, à une angine gangréneuse, d'autant mieux qu'il avait concouru peu auparavant à l'autopsie d'un malade atteint de gangrène pulmonaire. Puis les fausses membranes ont gagné le larynx, la trachée, les bronches, et la trachéotomie, jointe aux moyens médicaux, n'a pu empêcher le dénouement fatal qui est survenu vers le onzième jour. M. Lépine, dont M. Royer suivait le service, a consacré, à l'examen du cas présenté par son regretté confrère, une leçon clinique que nous trouvons dans la *Province médicale*. Nous relèverons plus particulièrement, dans cette observation, ce qui a trait à l'étiologie.

M. Royer, quelque temps avant de ressentir les premiers symptômes du côté de la gorge, avait eu l'occasion d'examiner, dans le service de M. Lépine, trois ou quatre malades atteints, le premier d'une angine diphthéritique bénigne, les autres d'angines légères, de nature simplement suspecte, consécutivement au passage, dans la même salle, d'un malade atteint de diphthérie maligne, mais qui avait été promptement évacué à l'hôpital de la Charité. Il est donc permis de supposer qu'il a trouvé là une cause de contage.

Mais, si cette hypothèse est très probable dans l'espèce, et si elle est conforme à ce qui se passe généralement, M. Lépine admet que la diphthérie peut se développer par une sorte d'auto-contagion ou d'auto-infection, sous l'influence du bacille pseudo-diphthéritique trouvé par MM. Roux et Yersin dans la bouche d'individus, enfants ou adultes, parfaitement sains. Ce n'est alors qu'une question d'opportunité de milieu ou de terrain, de réceptivité individuelle. C'est ainsi, comme nous l'avons rappelé dans de précédents *Bulletins*, que le *bacillus coli communis* peut, dans de certaines conditions, donner naissance à une affection typhoïde.

Le pseudo-bacille diphthéritique de MM. Roux et Yersin ne serait donc que le bacille atténué de Lœffler et, si l'on n'a pas encore obtenu ou observé la transformation réciproque des deux bacilles de l'un dans l'autre, il n'est pas improbable que l'on y arrive.

A cette atténuation du bacille correspondraient sans doute, non seulement les cas de diphthérie bénigne auxquels convient le nom d'angine diphthéroïde proposé par Lasègue, mais encore des cas de diphthérie fruste dans lesquels les fausses membranes peuvent faire défaut. M. Lépine, à ce sujet, se cite lui-même comme exemple en rappelant que, pendant son internat, il fut pris, après avoir passé une nuit auprès d'un diphthérique et *sans s'être refroidi*, d'une angine, sans fausses membranes, qu'il considère comme une diphthérie atténuée. Depuis lors, il a observé des faits semblables. C'est ainsi qu'il a vu, dans les familles, des cas d'angine légère survenir chez des personnes qui avaient soigné un des leurs atteint de diphthérie. Nous partageons volontiers l'opinion du savant professeur de Lyon et, nous fondant à notre tour sur une observation qui nous est personnelle, nous croyons que, dans des cas de diphthérie fruste, alors que les fausses membranes font défaut, les symptômes généraux peuvent être plus ou moins accentués et offrir même parfois un certain degré de gravité.

— Après la tuberculine (lymphe de Koch), le sérum de chien ou de chèvre, l'iodoforme, le gaïacol iodoformé, les sels cantharidiques, voici les corps gras qui, en injections, auraient aussi une action bactéricide sur le bacille de Koch, et exerceraient ainsi une influence favorable sur l'évolution de la tuberculose. M. Schleich, qui expérimente depuis un an cette méthode, dit

avoir obtenu la guérison de foyers de tuberculose locale. Nous renvoyons le lecteur au dernier numéro du *Journal des Sociétés scientifiques*, qui a publié une analyse de la communication du médecin allemand et nous nous bornons ici à l'enregistrer.

Dr F. DE RANSE.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

De l'albuminate de fer et de manganèse soluble. — Pourquoi cette association du fer et du manganèse ? Quelles raisons nous indiquent qu'il faut donner la préférence à un albuminate ? Nos maîtres en thérapeutique, Trousseau, Pidoux, Constantin-Paul, et tant d'autres, ont pris bien avant nous la peine de répondre à la première question. Après avoir étudié le rôle important que le fer joue dans l'organisme et l'avoir établi d'une façon si magistrale et si vraie que ces connaissances sont passées maintenant dans le domaine public, ils n'ont pas laissé dans l'ombre les propriétés du manganèse et sa présence dans l'économie : « Si les propriétés du manganèse se rapprochent de celles du fer, « dans le minéral duquel on le rencontre presque toujours, les « propriétés thérapeutiques de cet agent semblent de même ana« logues à celles du fer auquel la nature l'a presque toujours « uni. »

Déjà, en 1847, M. Millon annonçait à l'Institut que le sang de l'homme contient presque toujours du manganèse, et que la proportion du fer et de ce métal y est assez forte pour qu'on puisse les doser par les méthodes d'analyse habituelles; et, en 1850, le docteur Pétrequin, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, enseignait que là où le fer échoue, les préparations ferro-manganiques réussissent, et que nombre de préparations martiales doivent un supplément d'activité à la présence fortuite du manganèse.

Et, d'ailleurs, n'est-ce pas presque toujours sous la forme de sels ferro-manganiques que les plantes absorbent le fer que l'alimentation végétale fait ensuite passer en nous?

Les découvertes scientifiques, arrivées dans cet ordre d'idées presque à la perfection, la nature elle-même, tout nous avait démontré quel immense avantage on devait retirer de cette heureuse association du fer et du manganèse, que nous avons présentée sous la forme d'albuminate de fer et de manganèse.

En effet pour être très connus, ces avantages n'en paraissaient pas moins avoir été négligés par le corps médical, personne ne s'étant trouvé, parmi les chimistes, pour mettre à sa disposition un albuminate de fer et de manganèse soluble, facile à employer, et permettant d'éviter les inconvénients d'un grand nombre de préparations ferrugineuses qui se traduisent du côté du tube digestif par l'anorexie, les pesanteurs d'estomac, la constipation quelquefois opiniâtre, et quelquefois alternant avec de la diarrhée.

C'est pour combler cette lacune que M. Trouette, pharmacien à Paris, a été amené, par ses recherches, à profiter de la propriété qu'a l'albumine de former, avec le fer et le manganèse, un albuminate soluble.

Il en a fait des dragées de « *fer Trouette* » à base d'albuminate de fer et de manganèse. Ces dragées n'empruntent, par conséquent, pas aux liquides de l'estomac aucun de ses éléments pour se dissoudre et ne troublent aucune de ses fonctions. Il est donc facile de comprendre pourquoi cette préparation est des plus assimilables; c'est ce qui explique la grande faveur avec laquelle ce produit a été accueilli par l'unanimité des médecins, qui n'ont eu à enregistrer que des succès obtenus par son emploi dans toutes les maladies où les ferrugineux sont indiqués, l'anémie, la chlorose, la faiblesse, l'appauvrissement du sang, l'épuisement, la croissance des enfants, la formation des jeunes filles et des jeunes gens.

Il a choisi la forme de dragées pour avoir un médicament facile à prendre, bien accepté par les malades, et de bonne conservation. On doit prescrire, au milieu de chaque repas, de deux à six « *Dragées de Fer Trouette* » suivant l'âge du malade, deux pour les enfants, quatre pour les adolescents, six pour les adultes, chaque dragée contenant un centigramme et demi d'albuminate soluble.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique (*Séance du 9 mars 1891*). — M. PROUST expose l'état sanitaire extérieur et intérieur. A Cherbourg, la fièvre typhoïde a perdu beaucoup de son intensité. La grippe a fait son apparition dans cette ville.

Depuis plus d'un mois également, un grand nombre de cas d'influenza se sont montrés à Constantinople. A Salonique, ainsi que dans plusieurs villes de Turquie, on a constaté des réapparitions analogues de la grippe de l'an dernier. Cette même affection est observée également à Santiago de Cuba.

A Carthagène, une épidémie de diphthérie a pris dans la dernière semaine de février, une très grande intensité.

De tous côtés, de la Mésopotamie, de l'Anatolie, de la Syrie, de la mer Rouge et du Hedjaz, les informations sanitaires au point de vue du choléra sont favorables.

On signale une recrudescence considérable du choléra à Calcutta; il y a eu 130 cas dans une semaine.

A Rio-Janeiro, il y a en 9 cas de fièvre jaune en novembre et 10 en décembre.

M. BROUARDEL lit ensuite un rapport sur un projet de loi relatif à l'exercice de la pharmacie. Les conclusions de ce rapport ont été adoptées.

Le projet de loi devant réglementer l'exercice de la pharmacie remonte à 1885. A cette époque, pendant que M. Lockroy était ministre du commerce, le Comité d'hygiène avait déjà préparé un projet, qui fut déposé le jour même où le ministère dont faisait partie M. Lockroy tomba; ce projet était signé de MM. Grévy, Demôle et Lockroy. Il fut sans doute considéré comme émanant de l'initiative parlementaire, car il tomba avec la législature sous laquelle il avait été déposé.

Sous la législature actuelle, M. Lockroy l'a repris et une commission a été nommée.

Ce projet de loi soulève deux questions principales :

1° au nom de la commission, le rapporteur, M. César Duval, demande la suppression des pharmaciens de 2e classe.

Le Comité d'hygiène, appelé à se prononcer sur ce premier point, a fait remarquer dans son rapport qu'actuellement il y a en France 7,100 pharmaciens; 2,319 sont de première classe et 4,781 de seconde. Sur trois pharmaciens il y en a donc un de première classe et deux de seconde. Si l'on supprime les pharmaciens de deuxième classe, il est impossible d'organiser l'assistance dans les campagnes. Si on abaisse le niveau des études pour ne faire qu'une classe unique de pharmaciens, on diminue la valeur de la première catégorie et on n'augmente pas celle de la seconde.

2° La commission de la Chambre demande, en outre, que les pharmaciens des hospices et des hôpitaux ne puissent pas faire porter les drogues qu'ils fabriquent dans les bureaux de bienfaisance et les dispensaires, même pour y être distribués gratuitement aux indigents par des personnes choisies par les pharmaciens eux-mêmes.

Le Comité d'hygiène répond à cette proposition en considérant que le quart des cantons en France n'a pas de pharmaciens, que le deuxième quart n'en a qu'un; dans quelques départements, dans celui de la Lozère, par exemple, sur 24 cantons, 16 n'ont pas de pharmacien; dans les Hautes-Alpes, sur 24 cantons 20 n'en ont pas, de sorte qu'il faut faire 15 ou

20 kilomètres pour trouver un pharmacien. Donc, si on interdit les dépôts, les indigents seront privés de secours pharmaceutiques.

Quant aux herboristes, le Comité d'hygiène conclut à leur suppression, attendu qu'ils ne rendent aucun service et pratiquent constamment la médecine illégale.

Abandon de la lymphe de Koch. — En France, depuis le rapport de la commission des médecins de l'hôpital Saint-Louis, nous ne croyons pas qu'un médecin ait cru devoir poursuivre les expériences sur la lymphe de Koch.

En Espagne, la commission chargée d'étudier les effets de la lymphe sur la tuberculose dans les hôpitaux de Madrid, a publié la note suivante :

« En raison du résultat peu satisfaisant obtenu par les inoculations, la commission des hôpitaux les a définitivement suspendues. »

En Russie, une commission instituée par la Faculté de médecine de Kazan, considérant :

1° Qu'il existe dans la lymphe des bacilles encore vivants;

2° Que la composition de la lymphe avant toute dilution est variable, la réaction tantôt neutre, tantôt fortement alcaline;

Conclut à la nécessité de suspendre, au moins provisoirement et jusqu'à plus ample informé, l'usage de ce remède.

La présence de bacilles vivants trouvés par les médecins de Kazan dans la lymphe de Koch, expliquerait la présence de bacilles également vivants trouvés dans le sang des malades traités suivant la méthode de Koch, présence constatée par des observateurs anglais et par M. Liebmann (de Trieste).

En Allemagne, les communications successives de M. Virchow, les expériences de M. Liebreich, celles de M. Schleich réunisent de plus en plus le champ de l'expérimentation avec la tuberculine, et il n'y a pas lieu de s'étonner de la nouvelle, apportée par les journaux d'outre-Rhin, que la vente de ce remède est tombée à zéro dans les pharmacies prussiennes.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. — *Règlement concernant la vaccination et la revaccination des étudiants de la Faculté de Médecine de Lille.*

La Faculté,

Vu l'art. 1er de l'arrêté du 6 janvier 1891 sur le contrôle de la vaccination et de la revaccination des étudiants, a adopté les dispositions ci-après :

ARTICLE 1er. — A partir du 1er avril 1891, nul ne sera admis à prendre une inscription pour les grades ou titres de docteur en médecine, d'officier de santé, de pharmacien supérieur, de pharmacien de 1re ou de 2e classe, de sage-femme de 1re ou de 2e classe, d'herboriste, ni à participer à aucun des actes de la Faculté, s'il ne justifie, par un certificat de docteur en médecine, dûment légalisé, qu'il a subi une vaccination ou revaccination *suivie de succès certain* depuis moins *de huit ans* à une date qui sera indiquée.

ARTICLE 2. — Tout aspirant à l'un des grades ou titres précités, qui ne pourrait fournir la justification ci-dessus, devra se présenter sans retard à l'Office vaccinogène de Lille pour y être vacciné ou revacciné et produire, dans les dix jours, un certificat de M. le directeur de l'Office vaccinogène constatant l'accomplissement de l'opération et ses résultats.

ARTICLE 3. — Dans le cas où ladite opération n'aurait pas eu de résultat positif, l'intéressé sera néanmoins admis à l'inscription ou aux autres actes scolaires. Mais il devra se soumettre à une nouvelle vaccination ou revaccination, à l'Office vaccinogène de Lille, dans les quatre mois qui suivront et en fournir la preuve, avec l'indication du résultat, sous peine de se voir refuser les inscriptions à venir ou l'admission aux épreuves réglementaires pour l'obtention des grades ou titres.

ARTICLE 4. — En cas d'insuccès de cette deuxième opération, l'étudiant, quelle que soit sa spécialité, devra, pour pouvoir être admis aux inscriptions et épreuves à venir, se représenter à l'Office vaccinogène de Lille, moins d'un an après, et fournir de nouveau la preuve de sa revaccination avec la constatation du résultat par M. le professeur directeur de l'Office vaccinogène.

ARTICLE 5. — La même justification devra être fournie d'année en année, le cas échéant.

ARTICLE 6. — Toutes les fois qu'un élève de la Faculté se présentera pour une inscription ou un acte officiel quelconque, l'administration de la Faculté sera en droit de réclamer de lui, au point de vue de la vaccination ou de la revaccination, l'une des justifications ci-dessus exposées, suivant le cas, et de suspendre l'admission de l'élève à l'épreuve ou à l'inscription demandée, jusqu'à ce que celui-ci se soit mis en règle sous ce rapport spécial.

ARTICLE 7. — Il sera tenu, à la Faculté, par les soins de l'Administration, un registre spécial de la situation des étudiants au point de vue de la vaccination et de la revaccination, avec la date précise de la dernière opération pratiquée et la constatation de son résultat.

Fait et délibéré en séance du Conseil de la Faculté, le 5 mars 1891.

Le Doyen de la Falcuté.
Dr H. FOLET.

Les excitants alcooliques et le tabac. — Les excitants et l'usage du tabac ont-ils sur la voix une influence heureuse ou néfaste ?

Le chanteur doit-il ou peut-il en faire usage ?

Pour donner à ces questions une réponse exacte, un médecin anglais, le docteur LENNOX BROWNE, s'est adressé à 380 artistes, maîtres de chapelle, chanteurs ou professeurs de chant de la Grande-Bretagne, choisis parmi les plus illustres.

Voici le résumé des réponses faites :

1° *Avez-vous l'habitude de prendre des stimulants alcooliques?*

213 répondirent oui, 101 non, 45 quelquefois, 25 rarement.

Fumez-vous?

190 répondirent oui, 118 non, 39 quelquefois, 33 rarement.

Il serait intéressant de comparer non seulement les habitudes des artistes anglais avec celles des artistes français, mais encore d'étendre l'observation à toutes les personnes qui font un usage professionnel de la *Voix* : avocats, prédicateurs, professeurs, artistes lyriques et dramatiques.

Une Revue spéciale, *la Voix parlée et chantée*, a ouvert une enquête sur cette curieuse question et prie les personnes compétentes de vouloir bien répondre au questionnaire suivant :

1° Buvez-vous quelque chose lorsque vous parlez ou lorsque vous chantez ?

2° Si oui, dites ce que vous buvez de préférence et indiquez si vous faites une différence, selon que vous avez simplement soif ou que vous buvez parce que vous éprouvez le besoin de vous stimuler ou de vous réconforter ?

3° Fumez-vous ?

4° Si oui, fumez-vous beaucoup ?

5° Avez vous remarqué que la fumée ait une action sur votre voix ?

Prière d'adresser les réponses à M. le Directeur de LA VOIX PARLÉE ET CHANTÉE, 82, *Avenue Victor-Hugo, Paris.*

NOUVELLES

Facultés et écoles des départements

Ecole de médecine d'Angers. — M. le Dr Thibault est nommé chef de clinique médicale, en remplacement de M. Charrier, démissionnaire.

Ecole de médecine de Nantes. — M. le Dr Landois est institué chef de clinique médicale, en remplacement de M. Gaboriaud, dont le temps d'exercice est expiré.

Ecole de médecine de Reims. — M. le Dr Langlet est maintenu, pour une période de trois ans, à partir du 12 avril 1891, dans les fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

Concours pour le bureau central (chirurgie). — Le jury pour le concours des chirurgiens est ainsi composé :

MM. Nélaton, Péan, Quenu, Segond, B. Anger, Le Fort, Huchard.

Les candidats sont :

MM. Albarran, Hartmann, Villemin, Sebileau, Clado, Lyot, Ménard, Lejars, Potherat, Récamier, Delbet, Beurnier, Guinard, Castex, Thiéry, Demoulin, Rieffel, Rochard.

L'Association amicale des internes et anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris. — L'Assemblée générale annuelle aura lieu le samedi 4 avril. Les membres de l'Association qui auraient quelque communication à faire ou qui désireraient poser leur candidature aux fonctions de membre du comité, sont priés de le faire savoir avant le 15 mars, en s'adressant au président de l'Association, M. le Prof. Hardy, à Paris, 5, boulevard Malesherbes.

Association générale des médecins de France. — Assemblée de 1891. — *Ordre du jour des deux séances.*

Dimanche 5 *avril* 1891. — La séance sera ouverte à deux heures.

1° Rapport de la commission du recensement des votes relatifs à l'élection du président de l'Association générale des médecins de France;

2° Allocution du président;

3° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier;

5° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier;

5° Compte rendu générale sur la situation et les actes de l'Association générale, pendant l'année 1890, par M. A. Riant;

6° Election de la commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1892;

7° Election des membres du bureau dont le mandat quinquennal est expiré;

8° Présentation de candidats pour le conseil général de l'Association et renouvellement partiel du conseil général;

9° Première partie du rapport de M. Passant, sur les pensions viagères à accorder en 1891.

Lundi 6 *avril* 1891. — La séance sera ouverte à deux heures.

1° Vote du procès-verbal de la dernière assemblée;

2° Approbation des comptes du trésorier par l'Assemblée générale;

3° Vote du rapport de M. Passant, sur les pensions viagères;

4° Exposé de l'enquête sur la question de l'assurance-maladie;

5° Rapport de M. Motet sur le vœu de la Société des Landes (Etudes des changements et améliorations à apporter à la médecine légale);

6° Rapport de M. Worms au nom de la commission chargée de l'étude des propositions et vœux soumis, par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'assemblée générale pour être l'objet de rapports en 1892.

Electrothérapie gynécologique. — Le Dr Brivois commencera le lundi 6 avril, un cours libre d'*électrothérapie gynécologique*. Le cours sera complet en 9 leçons, et durera un mois, théorique et pratique, il comprendra toutes les opérations électriques pratiquées sur l'utérus et ses annexes. Les élèves exécuteront euxmêmes ces opérations.

S'inscrire à la clinique du Dr Brivois, 15, rue Malbranche, tous les jours de 1 heure à 3 heures.

Enseignement médical libre. — Hopital de la Pitié. — M. Albert Robin. Visite des malades à 9 heures. *Mercredi.* Conférence de chimie pathologique au laboratoire. *Jeudi.* Leçon clinique. *Samedi.* Examen des entrants.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Semaine Sainte à Rome.* — Billets d'aller et retour de Paris à Rome (*via* Mont-Cenis) valables pendant 30 jours. — 1re classe : 250 fr.; 2e classe : 180 fr.

Billets délivrés du 15 au 24 mars 1891 inclusivement : à la gare de Paris P.-L.-M.; dans les bureaux-succursales de la Compagnie : rue Saint-Lazare, 88; rue des Petites-Écuries, 11; rue de Rambuteau, 6; rue du Louvre, 44; rue de Rennes, 45; rue Saint-Martin, 252; place de la République, 8; rue Sainte-Anne, 6 et rue Molière, 7; rue Etienne-Marcel, 18; et dans les diverses agences de voyages.

Ils sont valabes pour tous les trains (express et rapides compris),

Les billets de 1re classe donnent accès dans les places de luxe (coupés lits, fauteuils, lits-salons, sleeping-cars) ainsi que dans le train de luxe « Calais-Rome » qui part de chaque semaine de Paris-Nord à minuit 15 dans la nuit du lundi au mardi, moyennant le supplément dû par les voyageurs porteurs de billets de 1re classe à plein tarif.

Les voyageurs peuvent, soit à l'aller à Rome, soit au retour de Rome, effectuer le trajet de Pise-Florence-Pise ou bien celui de Pise-Florence-Empoli-Sienne-Montepescali. Ils peuvent en outre se procurer à Rome des billets d'aller et retour dont la validité durera tant que celle de leur billet « Paris-Rome » ne sera pas expirée.

Au prix de 41 fr. 95 en 1re classe et de 29 fr. 40 en 2e classe pour Naples;

Au prix de 45 fr. en 1re classe et de 31 fr. 50 en 2e classe pour Naples-Pompéi ou Vallée de Pompéi.

Les voyageurs ont droit au transport gratuit de 30 kilogrammes de bagages sur le parcours français. Il n'est accordé aucune franchise sur le parcours italien.

On trouve des prospectus détaillés à la gare de Paris et dans les bureaux-succursales et agences indiqués ci-dessus.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

A la Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Effets du projectile du nouveau fusil de petit calibre, *exposé scientifique en vue de juger des blessures dans les prochaines guerres,* par M. le professeur Paul Bruns chef de clinique chirurgicale à Tubingen (Wurtemberg). — Traduit de l'allemand avec l'autorisation de l'auteur, par E. Hartog, capitaine d'artillerie belge, détaché à la manufacture d'armes de l'Etat, à Liège. Un volume grand in-4° de 60 pages, avec 7 planches photographiées, hors texte. — Prix : 7 fr. 50.

Huile de chaulmoogra et acide gynocardique, *étude chimique et thérapeutique; leur emploi dans le traitement de la lèpre,* par le Dr Louis Roux, ancien externe en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris; interne en pharmacie de l'hôpital Saint-Louis. — Une brochure in-8° de 70 pages. — Prix : 3 francs.

Thérapeutique suggestive, *Son mécanisme, propriétés diverses du sommeil provoqué et des états analogues,* par le Dr A. Liebault (de Nancy). Un volume in-18 de 320 pages. — Prix : 4 francs.

Du même auteur, paru précédemment : *le Sommeil provoqué et les états analogues.* — Un volume in-18 de 320 pages. — Prix : 4 francs.

Leçons de clinique médicale : *Maladies générales; maladies du poumon et de la plèvre; maladies du cœur et des vaisseaux; maladies de l'estomac, du foie, de l'intestin, des reins; maladies du système nerveux*, par M. H. Rendu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker. — Deux volumes grand in-8°, formant 1,400 pages. — Prix : 20 francs.

Traitement des maladies de la peau, *avec un abrégé de la symptomatologie, du diagnostic et de l'étiologie des dermatoses*, par le Dr L. Brocq, médecin des hôpitaux de Paris. — Un fort volume grand in-8° de 940 pages, — Prix : 14 francs.

L'hiver dans les Alpes-Maritimes et dans la principauté de Monaco, *climatologie et hygiène*, par le Dr E. Onimus, médecin consultant à Monaco. — 1 vol. in-12 de 600 pages avec figures. — Prix : 5 francs.

Des abouchements congénitaux du rectum à la vulve et au vagin, par le Dr Paul Purch. — Une brochure in-8° de 150 pages. — Prix : 3 fr. 50.

J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille près du boulevard Saint-Germain, Paris.

Hygiène de l'adolescence, par le Dr E. Périer, membre de la Société française d'hygiène. 1 vol. in-18 jésus de 172 pages. Prix, 2 fr. Paris, 1891.

Le lait et le régime lacté, par M. Gabriel Malapert du Peux, docteur en médecine. 1 vol. in-18 de 160 pages avec figures (Petite bibliothèque médicale). Prix, 2 fr. Paris, 1891.

Georges Carré, éditeur, 58, rue Saint-André-des-Arts.

Traité des maladies du foie, par le docteur Georges Harley, professeur à l'« University College » de Londres. Ouvrage traduit de l'anglais et augmenté d'un mémoire sur *l'intervention chirurgicale dans les maladies des voies biliaires*, par le docteur Paul Rodet, médecin consultant à Vittel (Vosges). Précédé d'une préface par le docteur Tapret, médecin des hôpitaux de Paris. — Un volume in-8° de XII-474 page, avec figures. — Prix : 16 fr.

Bureaux du Progrès médical et Lecrosnier et Babé, éditeurs.

De l'idée de persécution dans la mélancolie et le délire des persécutions, par le Dr E. Blin, interne des Asiles de la Seine, ancien élève de l'Ecole des Hautes-Etudes. — Paris, 1890.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 1er AU 7 MARS 1891

Fièvre typhoïde, 8. — Variole, 6. — Rougeole, 24. — Scarlatine, 9. — Coqueluche, 7. — Diphtérie, croup, 46. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 217. — Autres tuberculoses, 43. — Tumeurs cancéreuses et autres, 69. — Méningite, 31. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 49. — Paralysie, 10. — Ramollissement cérébral, 13. — Maladies organiques du cœur, 70. — Bronchite aiguë et chronique, 111. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 132. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 41. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 29. — Sénilité, 49. — Suicides et autres morts violentes, 26. — Autres causes de mort, 244. — Causes inconnues, 19. Total 1254.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

CLINIQUE MÉDICALE

PATHOLOGIE, SYMPTOMES ET TRAITEMENT DE L'ANÉMIE

Par le Dr Stephen Mackenzie, médecin du London Hospital.

(*Conférences faites devant la Société médicale de Londres.*)

(*Suite et fin*) (1).

TROISIÈME CONFÉRENCE

Je vous ai dit précédemment qu'il est des formes d'anémie idiopathique qui diffèrent du type chlorose et du type anémie pernicieuse ; je vais vous en parler maintenant.

Anémie scorbutique. — J'ai publié l'observation d'un jeune homme de 18 ans dont la nourriture consistait quotidiennement en viande et pomme de terre, ne prenant de légumes verts qu'une fois par semaine. Au bont d'un certain temps apparut du gonflement des gencives ; les gencives se mirent à saigner ; des pétéchies se montrèrent sur la peau ; il se manifesta un fort mal de tête. Voici les résultats que donna l'examen du sang à son entrée à l'hôpital : globnles rouges, 51 pour cent ; hémoglobine, 27 pour cent ; valeur globulaire, 0,52 pour un. Il n'y avait ni sang ni albnmine dans les urines. Le diagnostic auquel l'on se rattacha fut celui de scorbut, et un traitement antiscorbutique énergique fut appliqué. Malgré le traitement spécial et le traitement général, le cas devint assez rapidement plus grave. Les gencives conservèrent leur état mon, ulcéré, saignant ; des hémorrhagies rétiniennes, qui n'existaient pas à l'entrée, se manifestèrent avec une abondance que je n'ai jamais observée dans d'autres cas. Des vomissements fréquemment répétés et incoercibles s'établirent bientôt, et l'on constata une légère quantité d'albumine dans les urines ; jamais il n'y eut d'œdème des membres inférieurs. Le nombre des globules rouges tomba à 13 pour cent ; ils présentaient des variations de volume, quelques-uns se trouvant fissnrés et lézardés ; finalement, le malade mourut après environ deux mois de maladie. L'on trouva à l'autopsie de petites hémorrhagies dans la pie-mère, dans les poumons et le cœur ; tons les organes étaient pâles et anémiques ; le muscle cardiaque, décoloré, jaunâtre ; les follicules clos du gros intestin faisaient saillie dans la cavité intestinale et il s'y trouvait deux ulcérations. L'on constata, dans les capillaires du foie, des reins et du cœur, des microcoques, mais ils étaient réunis en petites colonies, sans qu'il y eût altération notable des tissus environnants ; il est très probable qu'il n'étaient entrés dans le torrent circulatoire que peu de temps seulement avant la mort. Le malade avait présenté des phénomènes récents de syphilis ; mais on ne put reconnaître aucune lésion spécifique dans les viscères. J'ai

(1) Voir les numéros du 24, du 31 janvier et du 21 Février.

FEUILLETON

DOCUMENTS POUR SERVIR A L'HISTOIRE DE LA MÉDECINE

—

L'OCULISTE JOHN TAYLOR (1).

Quelques-nns des médecins de Reims furent émus par les affiches et circulaires de Taylor, et l'un d'eux, Caqué, a pris soin de raconter les détails des entrevues qu'il eut avec l'oculiste anglais. Nous lui laissons la parole :

« Je passoi chez lui le 30 (mars 1755) l'après-midi avec M. Merie, mon confrère, nous y trouvâmes M. Macquart, médecin qui me prévint en sa faveur en me disant qu'il le connaissait de réputation. Cet homme me parut fort extraordinaire. Je le trouvai très vif, il parloit très brèvement un mauvais françois que je n'entendois que très difficilement. Je lui reconnus des connaissances sur l'anatomie et les maladies de l'œil ; son opération de la cataracte dont il nous fit part me parut raisonnée et me détermina à le suivre pour en voir le manuel et les succès. J'en étois d'autant plus curieux que j'avais eu de forts mauvais succès, les années dernières, en faisant l'extraction que j'aurois quittée volontiers pour une meilleure méthode.

« Son *apparat* dont il faisait l'éloge dans ses affiches n'était autre chose qu'un grand nombre de petits tableaux, où étoient dessinés des yeux malades, d'autres dans l'état naturel, d'autres différemment préparés par la dissection, il n'y avait de rare dans cet *apparat* que le nombre de tableaux qui pouvoit être de 150 ou 200. Il y ajoutait différents instruments de son métier.

« En voulant le quitter je fus surpris d'apprendre que M. Macquart alloit le conduire chez M. Favart chanoine de notre Eglise qui avoit deux cataractes compliquées d'ulcères aux cornées transparentes vis-à-vis les prunelles. J'étois le chirurgien ordinaire de cet ecclésiastique. M. Macquart m'engagea de les accompagner en me disant que le malade étoit prévenu et qu'il attendoit l'oculiste. Celui-ci en visitant les yeux cataractés passa au bas du globe sur la conjonctive un petit instrument d'or qui ressembloit à une petite lime à ses extrémités, il ferma l'œil aussitôt et appliqua sur

(1) Voir la *Gazette médicale* du 24 janvier.

rapporté un autre cas à peu près semblable, mais plus grave ; le Dr Gowers en a publié également deux faits dont l'un mortel, et a proposé la dénomination vraiment très appropriée d'anémie scorbutique.

—Je veux maintenant attirer votre attention sur deux cas de ce qui peut être appelé « *anémie pernicieuse à répétition* ». Le premier a trait à un homme de 39 ans, qui avait présenté fréquemment des attaques de l'anémie la plus profonde, laquelle cédait toujours à l'arsenic. Mais après une série de retours, il finit par mourir chez lui. Le second est celui d'un homme de 48 ans, actuellement en traitement pour une récidive d'anémie grave qui s'améliore, ainsi que cela s'était produit la première fois, par l'administration d'arsenic. Ces observations diffèrent de quelques-unes de celles que l'on a récemment publiées par l'absence d'urines hautes en couleur. Elles sont importantes, car elles jettent un doute sur les cures apparentes de l'anémie pernicieuse par les préparations arsenicales. Le Dr Hale White appelle particulièrement l'attention sur ce point que les malades ont des rechutes fréquentes et finissent par succomber ; il n'a pu trouver, dans les statistiques de Guy's Hospital, que deux faits de guérison réelle : l'un appartenant au Dr Pye-Smith, le malade ayant péri au bout de deux ans de traitement ; l'autre, relevant de ses observations personnelles, la guérison n'ayant eu lieu qu'à la fin de la quatrième année.

Diagnostic. — Le diagnostic ne présente point de difficulté, sous la réserve que la pâleur n'indique pas nécessairement l'anémie. Ayant établi l'existence d'anémie réelle par l'examen actuel du sang, il reste à déterminer si celle-ci est primitive ou idiopathique, secondaire ou symptomatique. L'histoire du malade, un examen physique soigneux et complet nous permettront d'éliminer la première catégorie. Il est deux affections, dans ce pays, dont l'anémie est symptomatique et dont les signes propres peuvent sembler absents pendant un temps assez long. Tels sont la tuberculose et le cancer, dont il faut toujours rechercher les traces, et qu'il faut éliminer rationnellement avant de déclarer avec certitude que l'anémie est idopathique. De plus, l'examen approfondi du sang éclaircira notablement le diagnostic de la variété d'anémie. C'est ainsi que l'abaissement du nombre des globules rouges aux environs de 30 pour cent, ou à plus forte raison à un chiffre plus bas, est en faveur de l'anémie pernicieuse, surtout si la proportion d'hémoglobine est accrue par rapport au nombre des globules. Les autres affections dans lesquelles se manifeste un abaissement analogue du nombre des globules sont l'*hémorrhagie*, dans laquelle le nombre des globules et l'hémoglobine sont proportionnellement réduits, quoique non nécessairement toujours, et dans laquelle, en outre, la raison même de cet abaissement est connue ; et le *cancer*, où la proportion d'hémoglobine est quelquefois bien au-dessus de la richesse globulaire, ainsi que l'on a pu le constater dans certaines observations que j'ai citées. Dans la chlorose, la caractéristique est la pauvreté en hémoglobine. Je répéterai encore une fois que les hémorrhagies rétiniennes et autres ne sont point pathognomoniques de l'anémie pernicieuse, bien qu'elles s'y rencontrent très fréquemment. Elles n'indiquent qu'un état grave d'oligocythémie dans lequel le nombre des globules rouges se trouve ordinairement au-dessous de 50 pour cent. Un moyen assez grossier, mais qui peut cependant rendre des services en l'absence d'hématomètre, pour reconnaître que l'anémie est arrivée à ce point considérable, est d'examiner les ongles des doigts. L'on se rendra compte alors que la coloration rosée, visible au travers d'eux, reste perceptible tant que les globules sont au-dessus de 50 pour cent, et qu'il ne reste plus aucune trace de cette coloration dès qu'ils tombent au-dessous de ce taux. Dès que l'on a reconnu l'existence de ce degré d'anémie, l'on doit s'attendre à toutes les conséquences graves.

TRAITEMENT

Pour être rationnel, le traitement doit être basé sur une connaissance approfondie de la pathogénie de l'anémie. En conséquence, nous venons de décrire cette pathogénie et avons montré que l'anémie dépend soit d'une hémogénèse défectueuse, soit d'une hémolysis excessive, soit de ces deux processus combinés. C'est sur ces données que s'appuiera le traitement, et le traitement doit comprendre trois principaux points : le régime alimentaire, l'hygiène, la thérapeutique proprement dite.

Dans l'hémogénèse défectueuse, que l'anémie soit idiopathique ou symptomatique, le régime alimentaire sera large et comprendra une grande quantité de nourriture animale. Il est souvent utile d'y joindre une petite proportion de vin rouge, tel que bordeaux ou bourgogne, ou de boissons fermentées telles que bière légère et amère, ou du stout (bière forte). Le malade sortira au grand air et prendra un peu d'exercice quand l'état de ses forces le lui permettra ; mais quand l'anémie est profonde, le repos doit être absolu, afin d'épargner du travail exagéré à un cœur graisseux et affaibli. Si la santé est encore

---

chacun une compresse trempée dans l'eau froide que son élève lui mit en mains, et le tout fut soutenu d'un petit bandage de taffetas noir, que le charlatan tira de sa poche, en disant au malade, *tout est fait vous verrez demain.* A l'instant et sans parler à personne il détacha le col de la chemise du chanoine qui était en robe de chambre, il appuya son pouce sur une veine jugulaire et son élève sur celle du côté opposé, et il saigna le malade, qui criait en m'appelant à son secours, ne sachant à quel saint se vouer.

« Ces procédés qui se firent avec la plus grande célérité nous annonçoient bien l'espèce d'homme à qui nous avions à faire ; il les continua vis-à-vis tous ceux qui le consultèrent dans le temps de son séjour ici qui fut jusqu'au 6 avril suivant. Lorsque je lui fis des reproches de ne point prévenir ses malades et les assistants, il me répondit qu'il aimoit mieux guérir que de parler, et qu'en exposant aux malades ce qu'il avoit envie de leur faire, il les avoit toujours trouvé irrésolus, ou déterminés pour ne rien faire. M. Favart consentit d'après ce que M. Macquart lui dit à le laisser opérer le lendemain à 11 heures du matin. Il m'engagea de m'y trouver, j'en avoit grande envie étant curieux de voir les effets de la méthode annoncée.

« Quelques heures après cette visite un ami de Mme Carbon, M. le curé de Saint-Michel qui avois aussi deux cataractes, conduisit Taylor chez elle ; il lui en fit autant que notre chanoine, et persuada à celle-ci qu'elle étoit opérée et qu'elle verroit le lendemain en levant l'appareil qu'il avoit mis sur ses yeux. Le fils de cette dame, M. Carbon lieutenant à l'élection, vint le soir me prier d'assister à l'opération qu'on devait faire le lendemain à Madame sa mère ; il me demanda ce que je pensois de cet oculiste, je répondis que je ne le connoissois pas, qu'il était porteur d'une lettre d'un médecin d'Amiens qui écrivait fort en sa faveur à M. Petit de Paris, que cet homme poroissoit avoir de l'esprit et des lumières pour son état, mais je le croyois encore beaucoup plus charlatan qu'habile, qu'en conséquence je ne l'engagerois ni à faire opérer madame sa mère ni à renvoyer l'oculiste.

« Il ne sera peut-être pas hors de propos d'insérer ici copie de la lettre du médecin d'Amiens, avant de parler des opérations que Taylor fit à Reims, elle sera d'autant mieux placée qu'elle détaille le manuel et les avantages de la méthode d'opérer la cataracte. Je mettrai à la marge quelques remarques que j'ai faite en le voyant opérer ici.

assez bonne, l'on conseillera des lotions tous les matins avec une grosse éponge imbibée d'eau tiède. Les vêtements seront chauds, mais non trop étroits. Pour ce qui concerne le traitement médical, les médicaments qui suivent ont, à un degré plus ou moins grand, la propriété d'accroître la rapidité ou la perfection de l'hématogénèse, et sont pour cette cause appelés hematogénétiques ; ce sont : le fer, le phosphore, la potasse, le manganèse, l'arsenic, l'oxygène, l'acide chlorhydrique (indirectement). Le *fer* en est le plus important ; c'est un constituant de l'hémoglobine, dont les conditions physiques sont déterminées par son état plus ou moins grand d'oxydation. Le fer doit donc être regardé tout aussi bien comme un aliment que comme un médicament, et il faut toujours se ressouvenir que la nourriture ordinaire, prise en quantité suffisante, contient tout le fer nécessaire pour la formation du sang dans l'état de santé. Le processus par lequel le fer administré comme médicament agit semble être d'exciter d'abord la formation de nouveaux ou jeunes globules rouges, et, plus tard, d'accroître la proportion d'hémoglobine dans les globules existants déjà. Toutes les préparations de fer rendent des services dans l'anémie ; mais les sels ferreux sont généralement mieux supportés ; ils peuvent être absorbés à plus fortes doses et pour un temps plus long. La façon de les prendre la plus commode est d'employer la forme pilulaire qui ne noircit pas les dents, permet un dosage exact, et se montre tout aussi efficace. Des troubles de l'estomac ou de l'intestin ne sont point une raison pour en suspendre l'emploi ; dans ces cas, l'on ordonnera, entre les repas, des alcalins et des amers, et le fer sera pris en pilules, en mangeant ou après manger. La constipation cède aisément à la prise, le matin, d'un laxatif salin, par exemple une eau purgative quelconque ou une cuillerée à café de sulfate de soude et une de sulfate de magnésie, avec ou sans la même quantité de sel ordinaire, dans un demi-verre d'eau chaude. Sir Andrew Clark a beaucoup insisté sur l'importance grande des purgatifs dans la chlorose. Le choix de la préparation ferrugineuse dépend beaucoup du courant actuel ; aujourd'hui ce sont les pilules de Blaud, qui sont devenues le médicament favori, grâce à l'enseignement de Niemeyer. Les réactions qui se font dans ces pilules sont intéressantes à étudier. L'analyse de M. Martindale a prouvé qu'une pilule de Blaud de 35 centigrammes contient de 7 à 8 centigrammes de carbonate de fer (carbonate ferreux) ; mais il est démontré qu'avant que la pilule ait été desséchée et recouverte de son enveloppe, il en est presque 3 à 4 centigrammes qui ont été convertis en oxyde ferrique. M. Martindale a établi que la pilule est mieux faite en prenant trois parties de carbonate de potasse et cinq de sulfate de fer en cristaux, ou des poids égaux de sulfate de fer déshydraté et de carbonate de potasse. Une pilule de 30 centigrammes, constituée de carbonate de fer, sucre, et sirop de sucre (au lieu de préparation d'essence de roses), ou encore de 30 centigrammes de sulfate de fer déshydraté (toujours avec le sirop de sucre), contient trois fois plus de fer que la pilule de Blaud. L'excédent de potasse, dans cette dernière, n'a aucune utilité thérapeutique, car cette substance est abondamment fournie par les aliments. En somme, il reste trois points importants à considérer dans la médication martiale : 1° la nécessité qu'il y a de pousser l'administration du fer jusqu'à de fortes doses, si la tolérance a lieu ; 2° l'importance du soleil et du bon air pour aider ses effets ; 3° l'obligation, dans la chlorose, de continuer l'usage du fer deux ou trois mois après la guérison apparente. Les autres hémogénétiques sont beaucoup moins actifs, mais sont parfois très utiles.

Nous avons à nous occuper maintenant du traitement de l'anémie de source *hémolytique*. Les considérations théoriques nous amènent à penser que dans ces cas, la nourriture animale ne doit être permise qu'en très petite quantité, car elle accentue la formation de la bile et par suite favorise une hémolysis active. Le Dr Hunter a proposé la diète lactée ; il l'a mise une fois en pratique, dans les premiers jours absolue, puis additionnée de farineux ; le bénéfice en fut très léger, mais le cas était trop avancé pour donner des résultats bien sérieux. Je suis bien persuadé, en vue des avantages que l'on en pourrait obtenir, qu'il y a lieu de discuter à fond la question de conseiller une diète lactée absolue ou accompagnée d'aliments farineux dans les cas d'anémie pernicieuse. En général, l'alcool ne semble pas indiqué, et si on l'autorise, ce sera sous forme de cognac, whisky, etc., et largement étendu d'eau. Dans les degrés avancés, le repos absolu au lit est nécessaire ; mais quand les forces le permettront, on trouvera toujours de l'avantage, pour combattre l'hémolysis, à laisser le malade s'asseoir au soleil ou faire quelques promenades en voiture au plein air. Il ne faut pas oublier de porter aide à l'hémogénèse accrue et vicariante qui lutte pour rétablir l'équilibre.

Nous en venons maintenant à discuter le traitement de l'anémie pernicieuse et des autres formes d'anémie hémolyti-

---

« *Copie de la lettre de M. Marteau, médecin d'Amiens du 16 mars 1765 à M. Petit Dr Régent de la Faculté de médecine, à Paris.*

« Vous avez, Monsieur et cher maître, fait honorable mention du chevalier Taylor dans vos leçons, il y est sensible et me témoigne le plus grand empressement de faire connaissance avec vous, je me fais un plaisir de lui en fournir l'occasion, je l'ai suivi assidûment pendant un mois de séjour qu'il a fait ici, les occasions de m'instruire me sont toujours précieuses, je l'ai vu opérer d'une main aussi légère que sûre. Sa méthode pour la cataracte est celle de Celse décrite au VIIe livre ; mais il y a apporté quelques degrés de perfection qui la rendent supérieure à l'ancienne méthode de l'abaissement :

1° Il fait sa ponction en formant un angle à peu près de 45° entre la ligne horizontale qui passe d'un canthus à l'autre, et la perpendiculaire (1). Celse perce à l'angle externe ; 2° avec la pointe de son aiguille il divise à la partie inférieure la capsule du cristallin, ce qu'il exécute plus facilement en déterminant ainsi le lieu de sa ponction ; 3° en même temps qu'il ouvre la capsule du cristallin il rompt quelques cellules de l'humeur vitrée (1) ; 4° il substitue alors à l'aiguille pointue une aiguille d'or mousse qu'il porte à la partie supérieure du cristallin ; il le déprime, le fait sortir par l'ouverture faite au chaton et le pousse en arrière à la place des cellules vitrées qu'il a détruites, par cette manœuvre ne peut remonter (2) il en résulte encore un autre avantage, la pression qu'exerce le cristallin sur la partie inférieure du corps vitré l'oblige de saillir en avant de se (3) et la vue en devient moins presbite que dans l'abaissement ancien ou dans l'extraction. C'est ce que j'ai observé dans quelques-uns des opérés.

5° Mais il est arrivé quelquefois que la capsule elle-même est

(1) L'auteur dit *une ligne au-dessous de la perpendiculaire*, ce qui s'accorde assez avec M. Marteau. Voyez la 2e lettre de Taylor à l'Académie de chirurgie.

(1) Pas toujours. Il manque souvent de le faire lorsqu'il opère de la main gauche. (Voyez les observations suivantes.)

(2) Les observations suivante prouvent le contraire ou l'oculiste n'exécute pas sa méthode.

(3) Mot illisible.

ques. Parmi les médicaments qui ralentissent la destruction du sang — les antihémolytiques — il faut citer l'arsenic, la quinine, le mercure, le phosphore, le naphtol β, l'iodoforme, l'acide phénique, les sulfophénates et le menthol.

Arsenic. — L'arsenic occupe certainement le premier rang parmi les substances que l'on a récemment reconnues propres à enrayer l'anémie. Le Dr Byrom-Bramwell l'employa pour la première fois en 1877 contre l'anémie pernicieuse. Depuis lors, de nombreuses observations ont confirmé sa grande valeur, et son action, si elle n'est pas spécifique, est cependant très frappante. La liqueur de Fowler constitue la formule la plus commode, et c'est avec elle que l'on peut atteindre les plus fortes doses. On commence avec de très petites doses (de deux à quatre ou cinq minimes), et, si la tolérance a lieu, on peut aller graduellement à dix ou même quinze minimes trois fois par jour; je crois que ce sont les fortes doses qui réussissent le mieux. Cependant la tolérance ne s'établit pas toujours, quoique je n'aie nul souvenir d'un tel fait, parmi tous les cas d'anémie pernicieuse que j'ai soignés; je n'hésiterais pas alors de l'administrer par voie hypodermique.

Quand bien même le médicament est bien supporté, il se peut qu'il n'ait aucun effet. Nous ne connaissons rien de certain sur son mode d'action; on s'en servit dans les premiers temps à cause de son action d'ailleurs non constante et quelque peu incertaine dans la maladie de Hodgkin, où il semble exercer une influence non expliquée sur les organes cytogéniques. On a émis l'opinion qu'il agit localement sur les muqueuses de l'intestin et de l'estomac (Hunter); je présume que c'est à la façon d'un antiseptique, en empêchant le développement de ptomaïnes. Il agit probablement de même dans l'anémie impaludique en tuant dans les globules rouges le plasmodium malariæ. L'arsenic exerce encore une influence d'arrêt sur les fonctions glycogéniques du foie, et il est très possible qu'il restreigne son rôle hémolytique. Le Dr Copeman a jeté tout récemment une nouvelle lumière sur le mode d'action de l'arsenic; il a émis sur ce sujet une fort remarquable observation. Voici ce qu'il a dit au cours d'une étude sur l'anémie pernicieuse: « Quand on retirait une goutte de sang d'un doigt et qu'on la laissait tomber sur une lame de verre, la périphérie de la goutte commençant à se sécher, on plaçait doucement sur elle une lamelle de verre; des cristaux d'hémoglobine se formaient peu à peu entre dix et quarante-huit heures sans autre préparation. Il n'y avait d'exception à ce fait que lorsque les malades avaient été traités par l'arsenic déjà depuis quelque temps; alors les cristaux ne se formaient plus. Cependant si l'on cessait pour une certaine période l'administration de l'arsenic, ces cristaux se formaient à nouveau.»

Il ressort de cette expérience importante que l'arsenic exerce une influence directe sur les globules rouges en diminuant leur vulnérabilité qui, ainsi que nous l'avons vu, est une des caractéristiques de l'anémie, et surtout de l'anémie d'origine hémolytique. Une particularité intéressante de la médication arsenicale est le bronzage, la pigmentation de la peau. Comment cet effet se produit-il? Il est sur ce point de nombreuses hypothèses, mais il est probable que l'arsenic agit en amenant une augmentation fonctionnelle des tissus qui forment le pigment. Il est possible que la haute coloration des urines notée dans quelques cas d'anémie pernicieuse pendant la période du traitement arsenical, soit due, jusqu'à un certain point, à une semblable cause.

La quinine rend des services dans les accès fébriles de l'anémie pernicieuse. Le phosphore a réussi dans une observation de Broadbent, mais a échoué dans toutes les autres. L'on discute encore sur l'effet du mercure; Key affirme que le sublimé corrosif élève le nombre des globules rouges; le Dr Hunter a employé le naphtol β, et j'ai moi-même ajouté à cette liste de nombreux antiseptiques que l'on pourrait essayer, mais dont je n'ai aucune expérience personnelle au sujet de l'anémie.

J'ai expérimenté la transfusion, mais le temps me manque pour vous en entretenir longuement; toujours est-il que c'est là un traitement sans aucun avantage. M. Hayem, en outre, a fait sur ce sujet des études complètes, ainsi que M. Hunter, plus récemment. Le résultat de leurs recherches, et de celles du monde médical, plus généralement, est contre l'emploi de la transfusion dans l'anémie, bien qu'il existe des faits d'amélioration, après cette opération, dans l'anémie pernicieuse. On a également tenté des injections intra-péritonéales et sous-cutanées de sang, surtout sur le continent; mais Cohnheim a démontré que ce traitement, même entre les mains les plus

---

opaque, et en ce cas l'opération demeurerait parfaitement inutile dans toutes les méthodes. Le chevalier Taylor s'y prend de deux manières pour parer à cet inconvénient: il perce la capsule vis-à-vis la pupille en portant la pointe de son aiguille mousse d'arrière en devant, avec la précaution de passer par le trou de la pupille et d'éviter l'iris, après quoi il fait une ponction à la partie inférieure de la cornée et porte par le trou de la pupille de petites pinces destinées à dilater l'ouverture de la capsule s'il en est besoin (1). Sa manière est de briser en tortillant cette capsule, de la pousser dans la chambre antérieure et de ... (2) avec l'humeur aqueuse que les portioncules de cette membrane rendent trouble ou bien il la déprime et la loge en l'assujettissant avec le cristallin.

Il arrive quelquefois qu'une portion de la capsule, poussée dans la chambre antérieure, y flotte et demeure à cheval sur la prunelle, parce qu'elle est adhérente à l'iris, la tentative pour ... (3) suites fâcheuses, l'hipopion et le staphilome. Le chevalier Taylor convient qu'en ce cas il vaut mieux laisser nager la portion... (4) et abandonner l'opération imparfaite.

J'imaginois l'*amaurosis* parfaitement incurable. Je l'ai vu guérir un de ces malades, en soulager un autre et en manquer un troisième (1); il ouvre une branche de la temporale qu'il sçait distinguer; il prétend qu'elle passe dans le cerveau par un trou du par (2) que je ne connais pas et qu'elle va rencontrer la branche de la (3) intérieure en avant des couches des nerfs optiques. Je souhaiterais que vous puissiez l'engager à démontrer cette branche et sa pénétration dans le crâne. Je ne connois que quatre rameaux qui se distribuent à la surface. Cette découverte peut être très intéressante. M. Muzet, l'un de vos élèves injecte aujourd'hui une tête, nous y chercherons la vérité du fait anatomique (4). Quelquefois la guérison d'une goutte sereine et le soulagement d'un autre sont très constant.

Que penserez-vous de la méthode d'enlever l'albugo? Il coupe les vaisseaux variqueux de conjonctive, excite une légère inflammation et par là efface les taches (5).

Je suis, etc.

Signé : Marteau.

(1) Voyez ci-après l'observation de ... Bossonet.
(2) Mot illisible.
(3) Mot illisible.
(4) Ibid.

(1) Je ne lui ai point vu traiter de goutte sereine à Reims.
(2) (3) Mots illisibles.
(4) Taylor n'en conçoit probablement pas plus que M. Marteau, voyez ma remarque ci-après.
(5) Voyez l'observation de M. Périer.

Dr A. Dureau.

habiles, est loin d'être sans danger, une péritonite mortelle ayant souvent succédé aux injections intra-péritonéales du sang.

REVUE DE BACTERIOLOGIE

LES PLEURÉSIES PURULENTES (1)

Par Courtois-Suffit.

La bactériologie a révélé l'existence de nombreuses variétés dans les pleurésies purulentes. Grâce à elle, on reconnaît aujourd'hui des formes *bactériologiques*, dont l'existence a été également justifiée par la marche clinique de l'affection.

De récentes discussions à la Société médicale des hôpitaux ont montré toute l'importance qu'il faut attacher au microbe pathogène dans le traitement applicable à chacune de ces formes.

C'est à l'étude de cette question, que M. Courtois-Suffit vient de consacrer sa thèse.

L'origine de la maladie, ses symptômes, sa marche, son pronostic et son traitement sont différents selon la nature de l'agent infectieux. A ce point de vue, on reconnaît aujourd'hui trois grandes classes de pleurésies purulentes, celles qui sont dues :

1° Au pneumocoque de Frænkel ;

2° Au staphylocoque ;

3° Au bacille tuberculeux.

Ces microbes existant seuls et à l'état de pureté dans le pus de l'épanchement déterminent les *formes pures de la maladie*.

A côté de celles-ci s'en rangent d'autres, non moins intéressantes et qui sont déterminées par l'association de microbes divers :

1° Pneumocoque et streptocoque ;

2° Streptocoque et staphylocoque ;

3° Tuberculose et streptocoque ;

4°. Empyèmes putrides et gangréneux, causés par les microbes de la suppuration associés à des microbes saprogènes variés.

Ces cas constituent *les formes mixtes*.

Il existe en outre des pleurésies purulentes plus rares et qui sont dues au bacille encapsulé de Friedlander, aux staphylocoques pyogènes, et au bacille d'Eberth. Chacune de ces pleurésies possède des caractères distinctifs, soit au point de vue anatomique, soit au point de vue de la symptomatologie et des indications du traitement.

Pleurésie à pneumocoques. — C'est la pleurésie méta-pneumonique des anciens auteurs. Anatomiquement, le pus est *épais, verdâtre*, crémeux, sans odeur. La plèvre est tapissée de fausses membranes molles, qui peuvent se détacher et nager dans l'épanchement.

La pleurésie a une *grande tendance à l'enkystement* ; elle se termine souvent par vomique, et rarement elle passe à l'état chronique. Elle peut être primitive, s'accompagnant ou non d'autres localisations éloignées du pneumocoque; alors son début est brusque. Ou bien, au contraire, elle accompagne la pneumonie et peut alors se montrer dans le cours de la pneumonie, ou après sa défervescence. Dans le premier cas, elle s'installe sourdement, tandis que dans le second il est habituel qu'elle offre tous les signes de la forme primitive, à de rares exceptions près.

Les caractères de la fièvre dans la période d'état sont ceux d'une fièvre continue, sans oscillations ni irrégularités dans le tracé de la température. L'épanchement, très abondant dans la forme aiguë primitive, est moyen dans la forme latente.

La terminaison se fait, soit par résorption, soit, et souvent, par vomique, avec poche enkystée. Le pronostic est bénin, et la mortalité ne dépasse pas de 5 à 10 pour 100.

C'est cette forme de la pleurésie purulente qui est surtout justiciable de la ponction simple.

Mais on est obligé quelquefois d'avoir recours à l'empyème aseptique sans lavages, lorsque le liquide tend à se reproduire après les ponctions, ou que l'épanchement menace la vie des malades par son abondance.

2° La pleurésie purulente *à streptocoques* est celle qui cadre le mieux avec la description classique que les auteurs ont faite de l'empyème.

Elle survient, soit dans le cours d'une maladie générale à streptocoques (fièvre puerpérale), soit par voisinage de lésions dues à ce microbe (bronchopneumonie, péritonite), soit secondairement à une manifestation éloignée (otites, phlegmon), soit enfin à titre d'infection secondaire dans une maladie quelconque.

Le pus est *peu épais, jaunâtre, liquide*, sans odeur, tenant en suspension des parties floconneuses. *Il n'a aucune tendance à s'enkyster.*

La pleurésie purulente à streptocoques est presque toujours secondaire. Quand elle apparaît dans le cours de l'affection primitive, elle est latente, à début traînant et insidieux. Si elle se montre quelque temps après, le début peut être aigu, franc et douloureux.

Elle a une évolution plus lente que la pleurésie à pneumocoques. La fièvre est celle des suppurations à streptocoques, caractérisée par des oscillations grandes et irrégulières. L'épanchement, de quantité moyenne en général, ne cède presque jamais à de simples ponctions. Il n'a aucune tendance à la résorption et à l'évacuation spontanée, et les vomiques y sont exceptionnelles.

Les malades peuvent succomber à d'autres manifestations dues au streptocoque, à la septicémie, à l'infection purulente.

La durée de la maladie est plus longue, et la mortalité atteint 25 0/0.

Comme moyen de traitement, les ponctions sont insuffisantes, il faut intervenir plus radicalement et de bonne heure, par l'opération de l'empyème avec lavages.

3° L'action du *bacille tuberculeux* sur la plèvre peut, en dehors de l'intervention de tout autre organisme pyogène, déterminer une variété de pleurésie purulente. C'est, à proprement parler, l'abcès froid pleural.

Le pus est un liquide puriforme, jaunâtre, opaque, sans odeur, fluide, sans flocons fibrineux. L'aspect graisseux du pus est fréquent, et l'empyème bénin, décrit par Guéneau de Mussy et Sainton, rentre dans le cadre de la pleurésie purulente tuberculeuse.

L'épanchement est renfermé dans une poche épaisse, confondue avec la plèvre, formée de plusieurs couches superposées, constituant à l'épanchement une coque épaisse, fibreuse et rigide. On rencontre dans son épaisseur des nodules tuberculeuses.

Le début est franc et aigu, ou bien au contraire latent et insidieux, et les malades ne se doutent quelquefois pas de l'épanchement qu'ils portent, même quand celui-ci est très abondant.

(1) Steinheil, éditeur, 1891.

Trois phénomènes importants dominent la période d'état : ce sont : l'intégrité presque absolue de l'état général du malade, alors que la plèvre renferme déjà une notable quantité de pus, l'absence de réaction fébrile, la reproduction incessante et lente de l'épanchement. La fièvre fait à peu près complètement défaut.

L'évolution est également caractéristique, il est rare de voir le pus faire irruption du côté de la peau et des bronches, et jamais il ne se résorbe spontanément.

La terminaison est la mort qui est presque fatale, mais à échéance plus ou moins longue par suite de tuberculose pulmonaire.

Le traitement est subordonné au danger que fait courir l'abondance de l'épanchement. Les ponctions répétées seront seules employées, car, par suite de la coque fibreuse qui englobe l'épanchement ; le poumon ne peut s'accoler aux parois thoraciques, et, par conséquent, contre-indique l'opération de l'empyème. Quant à l'opération d'Estlander, elle est dangereuse, mal supportée, et souvent suivie de mort.

— *Dans les formes mixtes* il est de règle que la pleurésie emprunte ses caractères de gravité au microbe le plus virulent. C'est ainsi que, dans l'association du pneumocoque et du streptocoque, la pleurésie prend peu à peu les allures de la pleurésie streptococcique, et en présente tous les dangers.

— *L'association du streptocoque et du straphylocoque*, constitue une pleurésie purulente grave, à début souvent long et traînant, à évolution irrégulière et sérieuse présentant comme allure le cachet de la pyohémie avec des oscillations considérables.

Cette variété d'empyème commande l'intervention énergique et précoce, par l'incision pleurale suivie de lavages, car les staphylocoques sont encore plus difficilement détruits que les streptocoques.

— La pleurésie à streptocoques peut se montrer à titre de complication chez les tuberculeux. Et, bien qu'elle puisse guérir, elle n'en constitue pas moins une complication grave, nécessitant parfois l'opération de l'empyème.

Mais la pleurésie due aux agents de la suppuration est surtout grave à la période des cavernes, et le pronostic est dans ce cas presque fatal.

—Restent enfin les pleurésies putrides et gangréneuses dues aux agents de la suppuration et aux organismes de la saprémie. Celles-ci ont une tendance rapide à déterminer des phénomènes généraux graves.

Elles exigent une intervention hâtive et énergique, des lavages prolongés avec des solutions antiseptiques fortes.

— Il est bon d'ajouter, croyons-nous, que ces indications de traitement, fournies par l'examen bactériologique du pus, n'ont pas toute la rigueur d'un principe acquis et définitif. Elles doivent être complétées par l'examen attentif de la marche des accidents, et par les *indications cliniques* fournies par un examen minutieux de chaque jour. Nous ne connaissons pas à l'heure actuelle les conditions ou les causes qui peuvent faire varier, en plus ou en moins, la virulence des microbes, et c'est justement dans l'examen du malade et la connaissance des indications thérapeutiques qu'il fournit, que le médecin complètera les importants renseignements à lui fournis par l'examen bactériologique du pus.

H. B.

REVUE DES JOURNAUX

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

I. — CARCINOME DU COL COMME COMPLICATION DE L'ACCOUCHEMENT (EXTIRPATION TOTALE PENDANT L'ÉTAT PUERPÉRAL), par le Dr LOEHLEIN. (*Centralblatt für Gynäkologie*, 1891, n° 10, p. 193.)

II. — SUR LES ALTÉRATIONS DES OVAIRES DANS LES CAS DE FIBROMYOME DE L'UTÉRUS, par le Dr POPOW. (*Ibidem*, 1890, n° 49, p. 881.)

III. — ÉLIMINATION SPONTANÉE DE LA PORTION VAGINALE DU COL, PENDANT L'ACCOUCHEMENT, par le Dr B.-C. HIRST. (*Medical News*, 14 juin 1890, p. 653.)

I. — L'observation relatée par M. Lœhlein concerne une femme de 43 ans, qui avait eu quatre couches normales, la dernière datant de huit années à l'époque où elle se fit admettre à l'hôpital de Giessen (15 novembre 1890). Elle était à trois ou quatre semaines du terme d'une cinquième grossesse. Elle avait eu, vers le quatrième mois, une hémorrhagie légère, qui s'était arrêtée spontanément. Puis tout était rentré dans l'ordre, jusque huit jours avant l'entrée de la malade à l'hôpital ; elle avait été prise de métrorrhagies profuses, qui l'avaient jetée dans un état de profonde anémie. Un médecin, mandé auprès de la malade, diagnostiqua un carcinome du col. Ce diagnostic fut reconnu exact à l'hôpital. Un léger écoulement de sang se faisait par les parties génitales ; il y avait des contractions utérines.

Au toucher on constatait une tumeur dure, du volume d'un œuf d'oie, faisant corps avec la paroi postérieure du col, et qui venait faire une saillie bosselée dans le canal cervical et dans le vagin. L'extrémité supérieure de la masse carcinomateuse était située en avant du promontoire. Le col était dilaté de 3 centimètres.

Après désinfection minutieuse du vagin, on introduisit un tampon de gaze iodoformée. On arrêta du même coup l'hémorrhagie et les contractions utérines. Il fut impossible de réveiller celles-ci pendant les jours suivants ; dans l'intervalle la malade avait repris des forces.

Dans ces conditions on crut devoir arrêter les dispositions nécessaires pour pratiquer l'opération césarienne dans le cas où le col ne se prêterait pas à une dilatation suffisante. On administra à la malade de copieux lavements, et on lui fit prendre un bain chaud. Là-dessus, retour des contractions utérines ; le col se dilata sur tout son pourtour ; la tête du fœtus vint faire saillie au niveau du plancher du bassin, avec la suture sagitale dirigée en travers. Le lendemain matin, au moyen d'une application de forceps, on put délivrer la femme d'un enfant vivant, qui pesait 2,500 grammes. Le placenta fut expulsé trois quarts d'heure plus tard ; il n'y a pas eu d'hémorrhagies consécutives.

Les suites de couches ont été normales. Pour enlever aux lochies leur fétidité, on fit des injections de créoline, additionnée, plus tard, de vinaigre de bois. Mais l'involution utérine se fit avec lenteur, malgré qu'on eût recours à l'ergot de seigle en poudre, à l'ergotine et aux applications de Priessnitz. Au commencement de la troisième semaine, le fond de l'utérus faisait encore saillie à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne.

Le 5 décembre on procéda à l'énucléation de la partie du néoplasme, qui était accessible à la cuiller. Le 8 décembre c'est-à dire dix-huit jours après l'accouchement, on pratiqua l'extirpation totale de l'utérus. Puis après avoir désinfecté le canal cervical avec un tampon de gaze iodoformée, imbibé d'une

solution phéniquée à 5 0/0, on sutura l'orifice externe avec trois points de suture. Après l'opération, la température coporelle s'éleva jusqu'à 40°,3; pendant quelques jours la femme a eu de légères poussées de fièvre. En fin de compte elle s'est rétablie complètement.

L'utérus extirpé mesurait 16,5 centim., depuis le fond jusqu'à l'orifice externe, et 9,5 centim., dans sa plus grande largeur. La longueur de la cavité uterine était de 14 centim., dont 8,75 pour la cavité du corps.

Cette observation fournit donc une preuve de plus comme quoi le cancer utérin, venant à compliquer la grossesse, peut ne pas empêcher l'accouchement par les voies naturelles et à terme, lorsque la néoplasie est limitée au col, qu'elle n'envoie pas de bourgeonnements dans la cavité du bassin.

L'auteur a développé des considérations tendant à justifier la conduite opératoire qu'il a tenue après l'accouchement, dans le cas relaté ci-dessus.

II. — Etant donnée la fréquence des néoplasmes bénins de la matrice, et l'influence que l'état des ovaires exerce sur l'organisme de la femme, il y avait un réel intérêt à rechercher quel retentissement peuvent avoir sur la structure de ces glandes les tumeurs de la matrice. M. Popow s'est chargé de cette tâche spécialement pour ce qui concerne la répercussion des fibro-myômes de l'utérus sur la structure des ovaires. Des recherches de cette nature devaient d'ailleurs contribuer à nous rendre compte de la variabilité du tableau clinique qu'on observe dans les cas de fibro-myômes de l'utérus, à nous mieux faire connaître la structure des ovaires, ces organes étant obtenus dans des conditions de fraîcheur plus parfaite après une laparotomie que sur le cadavre.

Les recherches de M. Popow ont porté sur 40 ovaires provenant de 20 femmes dont 14 n'avaient jamais eu d'enfants; des 6 autres, 3 avaient eu chacune un enfant, et 3 deux enfants chacune. Eu égard à l'âge des femmes, les cas se répartissaient ainsi : dans un cas, l'âge de la femme était compris entre 25 et 30 ans, dans cinq autres cas, entre 30 et 35, dans six cas, entre 35 et 40, dans six autres, entre 40 et 45, dans deux cas au-dessus de 45 ans.

Dans plus de la moitié des cas, les ovaires présentaient une épaisseur au-dessus de la normale, et il y a lieu de faire remarquer que c'est le contraire qui eût dû avoir lieu dans un certain nombre de ces cas, étant donné l'âge des femmes.

L'auteur a résumé dans les conclusions suivantes les résultats de ses recherches histologiques :

1° Dans les cas de fibromyômes de l'utérus, les ovaires sont presque toujours envahis par des altérations plus ou moins prononcées, intéressant tantôt la surface (albuginée), tantôt le tissu interstitiel, tantôt le parenchyme (follicules) de la glande;

2° Le plus souvent on observe des altérations du tissu interstitiel, qui se manifestent toujours par une prolifération du stroma conjonctif, avec accroissement de la masse de l'ovaire;

3° Ce processus interstitiel tantôt paraît uniformément répandu le long de toute la couche corticale, où il n'atteint le tissu que par places, sous la forme de petits nids; enfin il peut également intéresser, à la périphérie, des vaisseaux et des nerfs, et se traduire là par un épaississement des parois vasculaires avec oblitération consécutive de la lumière des vaisseaux, et par un épaississement du périnèvre, avec atrophie des fibres nerveuses;

4° Les follicules prennent part à ce processus de deux façons différentes : ou bien ils présentent un développement exagéré, et alors chaque ovaire semble constitué par un certain nombre de petites excavations (dégénérescence kystique), représentant histologiquement les follicules de Graaf aux différents stades de leur développement; ou bien les follicules sont détruits; ils subissent une atrésie, qui atteint à la fois les follicules primitifs et les follicules de Graaf;

5° Ce même processus de l'atrésie intervient également dans les cas de dégénérescence kystique par formation de petits kystes; alors le résultat de l'atrésie est de faire apparaître des corps de différentes dimensions (*corpora albicantia*), correspondant au volume des follicules distendus;

6° Cette oblitération des follicules-clos hyperplasiés paraît être le mode de terminaison le plus fréquent des affections de l'ovaire (oopharite folliculaire). Le principal caractère des corpora albicantia, qui font suite aux follicules de Graaf hyperplasiés, est l'absence de cellules vitellines ; dans certains cas, cependant, on rencontre des amas de pigment à leur centre ou à leur périphérie, résidus d'une hémorrhagie qui s'était faite précédemment dans la cavité du follicule;

7° La substance médullaire de quelques ovaires se distingue par une grande richesse vasculaire.

III. — Chez une quintipare, l'utérus se contractait énergiquement, tandis que la dilatation du col se faisait d'une façon très irrégulière. La lèvre antérieure du col, enclavée entre la tête de l'enfant et la symphyse, restait épaisse, dure. Après douze heures de contractions utérines restées inefficaces, une masse charnue se présenta à la vulve et fut extraite. Ce n'était autre chose que la portion vaginale du col, à laquelle il manquait un fragment de la partie postérieure. L'accouchement fut terminé par une application de forceps. L'examen des parties génitales internes fit voir qu'il ne subsistait plus qu'un lambeau linguiforme du col. L'entrée de l'utérus revint à ses dimensions normales, par suite de la rétraction cicatricielle. L'involution de l'utérus se fit d'une façon régulière.

E. Ricklin.

REVUE DES THÈSES

MALADIES INFECTIEUSES

De la tachycardie dans la tuberculose pulmonaire, par Henri Jouanneau (Th. Paris 1889).

En général due à la compression du pneumogastrique par les ganglions hypertrophiés qui entourent la terminaison de la trachée et l'origine des bronches, la tachycardie de la tuberculose pulmonaire se produit sans fièvre concomitante et pendant le repos le plus absolu. Le pouls oscille entre 120 et 160 pulsations et présente rarement de l'irrégularité. La dyspnée habituellement modérée devient intense quand il se produit une compression du phrénique. La fréquence des contractions cardiaques entrave la déplétion des ventricules et le dégorgement des troncs veineux. La circulation pulmonaire est gênée. — Le sang, surchargé d'acide carbonique, amène la cyanose; mais ce n'est pas là une complication obligée. — Des nausées, des vomissements, une toux coqueluchoïde accompagnent la tachycardie dans certains cas.

Outre l'alteration des ganglions, l'auteur a observé de la névrite des pneumogastriques caracterisée par un épaississement du tronc nerveux avec vascularisation très marquée. Les fibres nerveuses sont irrégulières, troubles. La myéline est comme festonnée; toutefois ces alterations ne sont pas constantes.

Les fibres du cœur peuvent être également atteintes par une atrophie dégénératrice. — Les pneumogastriques étant comprimés, cette lésion de la fibre cardiaque tient à la suppression de l'action trophique que le pneumogastrique exerce à l'état normal sur la fibre du cœur.

Le diagnostic sera fait avec la tachycardie essentielle paroxystique. Dans cette dernière affection, le pouls est plus fréquent, et monte à 200 et 300 pulsations. En outre, chaque paroxysme débute et cesse brusquement.

Les formes frustes du goître exophtalmique prêtent quelquefois à erreur. L'auteur cite deux observations où la saillie des yeux coïncidant avec la tachycardie avait fait porter le diagnostic de maladie de Basedow. L'autopsie a montré qu'il s'agissait d'une tachycardie symptomatique d'une adénopathie bronchique, la saillie des globes oculaires ayant été déterminée par la compression des gros troncs veineux.

L'auteur ne mentionne pas un diagnostic différentiel que notre expérience personnelle nous a fait reconnaître comme étant de très grande importance : le diagnostic avec la tachycardie provoquée par les accidents urémiques. On connaît la fréquence des complications rénales chez les phtisiques et l'on conçoit facilement les dangers d'une médication qui viserait l'hypertrophie ganglionnaire, alors que le rein seul doit fixer l'attention du médecin.

Quelques considérations sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement des grands abcès du foie, par H. Gremillon, (Th. Paris, 1889.)

Outre les abcès du foie consécutifs à la dysenterie, il en est d'autres qui succèdent à l'infection palustre, cette dernière préparant en quelque sorte le terrain où se développeront les microbes pyogènes. Tous les phénomènes tels que diarrhée, fièvre, disparaissent quand ces abcès d'origine palustre sont ouverts tandis que la dysenterie survit à l'ouverture des abcès hépatiques qu'elle a provoqués.

Le diagnostic précoce est posé par la ponction exploratrice aseptique faite à l'aide d'une seringue de Pravaz ou un appareil aspirateur. Le lieu d'élection de cette ponction varie. Dans les cas où la matité hépatique remonte vers le thorax, qu'il existe de la gêne respiratoire, des signes d'épanchement léger, on ponctionne dans le 8e ou 9e espace sur la ligne axillaire.

Quand la matité hépatique descend, que les douleurs se propagent à l'épigastre ou vers la fosse iliaque, on est autorisé à présumer un abcès du lobe gauche ou de la face concave, et on pique l'aiguille au-dessous du rebord costal, au point le plus douloureux.

Dès que le pus est constaté, on ouvre l'abcès suivant la méthode de Little. La largeur de l'incision sera de 10 à 12 centimètres sur la peau, celle du foie de 6 à 8 centimètres.

Les adhérences sont utiles avant l'intervention chirurgicale. Elles ne sont pas indispensables. Le foie augmenté de volume applique intimement les deux feuillets de la séreuse l'un contre l'autre et ne permet pas au liquide de s'insinuer entre eux. Comme pour l'empyème, on aura soin de ne pas trop prolonger les lavages de la cavité suppurante qui produisent un fâcheux effet sur la cicatrisation.

A aucune période de la période de la maladie, il n'y a contre-indication à l'opération de Little. Même dans les cas d'ouverture de l'abcès dans les bronches, mieux vaut opérer. On évite au malade les dangers d'un écoulement qui se fait mal et on le guérit plus vite.

A l'appui de la méthode de Little, l'auteur cite un certain nombre de cas suivis de guérisons et indemnes de tout accident vers le péritoine.

Contribution a l'étude du tétanos, par Lucien Veuson. (Th. Paris, 1889.)

L'auteur ne pense pas que tous les cas de tétanos soient provoqués par le bacille de Nicolaier. Il admet la théorie nerveuse et croit à la maladie produite par l'irritation physique ou mécanique des extrémités nerveuses périphériques. Il y aurait des tétanos tantôt d'origine infectieuse, tantôt d'origine nerveuse, comme il existe des épilepsies de causes multiples. L'auteur n'appuie sa manière de voir sur aucune observation convaincante.

Contribution a l'étude du traitement hygiénique des tuberculeux dans les hopitaux; aération continue, par R. Dodieau. (Th. Paris, 1889.)

Le traitement par l'aération continue, mis en pratique à Falkenstein, ne pourrait-il être utilisé dans les hôpitaux? M. Dodieau répond par l'affirmative.

Dans une petite pièce de six lits à l'hôpital Tenon, pièce éclairée par 4 fenêtres, l'auteur laissait deux fenêtres ouvertes la nuit. La pièce était chauffée.

14 malades en puissance d'évolution tuberculeuse au 1er et au 2e degré furent traités dans cette chambre. Leur état général s'améliora. La toux et les sueurs furent supprimées.

L'auteur admet que l'humidité de l'air n'est pas un obstacle au traitement ; il n'a pas eu de complications inflammatoires, à déplorer et cela pendant les mauvais mois de l'année (février, mars, octobre).

Cette méthode de traitement par l'aération continue ne semble pas près d'être adoptée dans la pratique. On ne manquerait pas de faire rejaillir sur le danger des fenêtres ouvertes la responsabilité de la moindre recrudescence dans l'état des malades.

Etude critique de l'anémie pernicieuse progressive, par Fr. Chabrut. (Th. Paris, 1889.)

L'auteur rapporte une observation recueillie dans le service du professeur Cornil et où le diagnostic anémie pernicieuse progressive fut infirmé à l'autopsie. On découvrit un épithélioma cylindrique du pylore qui ne s'était révélé par aucun signe du vivant de la malade, âgée de 40 ans.

Après l'analyse de 85 observations l'auteur conclut que, dans l'état actuel de la science, aucune observation ne démontre l'existence de l'anémie progressive.

Toutefois, on sait que pour le professeur Hayem (1), l'existence d'une anémie grave, protopathique, au moins en apparence, ne saurait être mise en doute. Le sang contient, dans cette affection, des éléments de grande taille et le chiffre des hématoblastes est diminué. Ces caractères, le sang les revêt, il est vrai, dans les anémies secondaires, mais seulement à un moment voisin de la terminaison fatale. Dans l'anémie pernicieuse, au contraire, ces modifications du sang sont beaucoup plus précoces et témoignent d'un épuisement immédiat, dès le début, du processus normal de sanguification.

L'auteur aurait bien fait de s'inspirer des travaux de M. le professeur Hayem.

Fiessinger.

BULLETIN

L'organisation de l'enseignement clinique dans les hopitaux de Paris.

Depuis plus de trois mois, la Société médicale des hôpitaux discutait le projet de réformes dans l'enseignement clinique

(1) Du sang, 1889, p. 711.

dont elle a été saisie par M. Huchard, et dont avons eu occasion de parler dans de précédents *Bulletins* (V. *Gaz. méd.* 1890, n°ˢ 51 et 52 et 1891, n° 1). Cette discussion vient d'être close : à une forte majorité, la Société s'est ralliée au projet développé par M. Potain dans une brochure dont nous avons à rendre compte, et a décidé de donner simplement son concours à la Faculté de médecine, à qui reviennent l'initiative, la direction et le contrôle de la nouvelle organisation.

Après un historique de l'enseignement clinique en France, M. Potain distingue deux parties dans le travail commun de tout centre d'enseignement, l'une consacrée à l'instruction théorique et pratique des élèves, l'autre à l'extension de la science. Ces deux parties ne sont nullement dans une dépendance réciproque et ne sauraient être confondues dans une même organisation. La seconde échappe à tout règlement, à toute intervention active de l'État, dont le rôle doit se borner à favoriser, à encourager l'esprit de recherches. « Mais l'enseignement de la médecine, dit M. Potain, pour être complet, c'est-à-dire véritablement utile, exige de si considérables installations et si diverses, il est d'ailleurs d'une telle importance pour le bien public, que l'État ne peut se dispenser d'y contribuer, de présider à son organisation, de créer, en un mot, des écoles. »

Cette prémisse du savant professeur est discutable et les partisans d'une Ecole de médecine municipale peuvent lui objecter, non sans quelque raison, que, sans intervention de l'État, le Conseil municipal de Paris a entre les mains tous les éléments nécessaires pour la création d'une semblable école.

Par exemple, on ne peut qu'applaudir à la manière dont M. Potain comprend l'organisation générale de ces écoles. « Une école, dit-il, est une usine. On y travaille à fabriquer des médecins, qu'on tâche de rendre les plus capables qu'il se peut de porter utilement secours aux populations. Or, dans toute usine, l'art consiste surtout à utiliser le mieux possible les forces dont on dispose, à en distribuer si bien et si judicieusement l'application, que rien ne s'en perde et qu'elle arrive à fournir le rendement le meilleur. L'organisation du travail devient donc ici chose de suprême importance et d'intérêt commun. »

Cela posé, M. Potain distingue, dans une école de médecine, d'une part l'enseignement dogmatique, de l'autre l'enseignement clinique. Le premier a sa raison d'être et doit être conservé. Il n'y a pas d'intérêt, d'ailleurs, à multiplier les cours théoriques ayant le même objet. A ce point de vue, l'enseignement dogmatique libre ne devient utile que pour certaines spécialités et ne saurait entrer dans un plan d'organisation méthodique.

« Les conditions essentielles au second enseignement sont absolument différentes de celles que nous avons vues être les plus favorables pour l'enseignement dogmatique. Celui-ci s'arrangerait bien de cours uniques, de grands amphithéâtres et d'auditoires nombreux. Tout à l'inverse, l'enseignement pratique, à quelque partie des sciences médicales qu'il affère, exige la répartition des élèves par groupes assez petits pour que chacun puisse non seulement voir et entendre, mais encore, à son tour, prendre part à l'action. De plus, chacun des groupes doit être dirigé par un homme capable de lui faire tirer de son travail tout le parti possible ».

« La méthode, la progression régulière, dit plus loin M. Potain, sont, dans les études cliniques, aussi nécessaires que dans toutes les autres. On pourrait dire qu'elles le sont davantage, puisqu'il s'agit de faits plus complexes, plus compréhensifs. »

Partant de ce principe et admettant la nécessité, pour tous les élèves, de trois années de stage obligatoire, M. Potain est d'avis que chacune de ces trois années pourrait être consacrée à l'une des parties de la clinique : la première à la pathologie, la seconde à la séméiologie, la troisième à la clinique de diagnostic et d'indications. Un semestre de chaque année serait donné à la médecine, l'autre à la chirurgie. Les stagiaires seraient répartis en groupes de 25 au plus. Il y a actuellement, pour un stage de deux ans, 400 stagiaires; il y en aura 600 quand le stage sera porté à trois années, ce qui constituera 24 groupes de 25 stagiaires à chacun desquels on devra chaque année assigner un service général d'enseignement par semestre. La Faculté, avec ses quatre services de clinique médicale fonctionnant pendant toute l'année, peut fournir l'enseignement pour huit semestres, c'est-à-dire à huit groupes ou à une promotion entière, la dernière année de clinique, si l'on veut. Il restera à répartir les 16 autres groupes, 8 de première année, 8 de seconde année, dans les services appropriés et à désigner les chefs de service qui seront chargés de cet enseignement.

La répartition des élèves dans les différents services aurait pour base leur classement d'après leurs notes d'examen et d'après celles des chefs de service chez lesquels ils auraient passé; suivant leur rang, ils pourraient choisir leur place dans un des services affectés à la période d'enseignement à laquelle ils appartiendraient jusqu'à complément du nombre d'élèves assigné à chaque service.

Pour le recrutement du personnel enseignant parmi les médecins des hôpitaux, on laisserait ceux-ci choisir eux-mêmes, et par rang d'ancienneté, l'enseignement qui leur conviendrait le mieux. L'engagement ne serait que pour un semestre. Après chaque période de cours, le professeur déclarerait s'il entend reprendre ou non cet enseignement l'année suivante; dans la négative, la place devenue vacante serait de nouveau proposée au choix de ses collègues (1).

La mission ainsi confiée aux médecins des hôpitaux qui voudront l'accepter, sera une lourde charge et il faudra, dit M. Potain, que la rétribution soit en rapport avec les efforts consentis. « Demander aux élèves eux-mêmes, ajoute-t-il, la rétribution des maîtres, comme cela a été proposé, ne me paraît pas chose possible. Outre que cela n'est point en rapport avec nos mœurs et nos coutumes, cela empêcherait absolument d'introduire l'obligation et la répartition méthodique des études cliniques. Or, l'obligation est indispensable si l'on veut arriver à quelque résultat général et sérieux. Elle a été imposée pour tous les exercices pratiques. Et on l'abandonnerait pour le plus indispensable, le plus important de tous! Cela n'est pas admissible. »

M. Potain reconnaît que la dépense à prévoir sera considérable; mais, en raison de l'importance du but à atteindre, il espère qu'elle ne constituera pas un obstacle insurmontable. Ce serait à souhaiter : mais peut-on réellement l'espérer ?

Telles sont les grandes lignes du programme élaboré par le savant professeur de clinique de la Charité. En somme, c'est la Faculté, représentant l'État, qui reste la directrice souveraine et la distributrice de l'enseignement. En ce qui concerne la partie dogmatique, l'enseignement officiel, tel qu'il est organisé, suffit et l'enseignement libre y trouve à peine une toute petite place pour quelques spécialistes. Relativement à l'enseignement clinique, le concours des médecins des hôpitaux est accepté dans une certaine mesure, mais toujours sous le contrôle de la Faculté. En votant dans le sens de ce projet, la Société médicale des hôpitaux a donc accompli un

(1) M. Potain ne s'est occupé que des services et des cours de clinique générale. Son projet soulève de plus grandes difficultés si on veut l'étendre aux services et aux cours de clinique spéciale dont la Faculté est si pauvrement dotée.

acte de déférence envers la Faculté, mais en même temps elle a fait abdication de l'indépendance et de l'autonomie dont elle pouvait jouir en constituant par elle-même un corps enseignant.

Le problème nous semble s'être mal posé au sein de la Société médicale des hôpitaux. Deux camps se sont formés. Les uns, avec M. Potain, demandent la fusion, comme corps enseignant, de la Société médicale des hôpitaux avec la Faculté : c'est, ainsi que nous venons de le dire, l'absorption de la première par la seconde. Les autres, pour répondre aux bonnes dispositions du Conseil municipal de Paris, qui vote le budget de l'Assistance publique, sont d'avis de créer, avec les subsides du Conseil et les ressources cliniques de l'Assistance hospitalière, une Ecole de médecine municipale, rivale de la Faculté, et de réaliser ainsi le rêve caressé par Husson et poursuivi avec persistance, depuis nombre d'années, par notre excellent confrère du Progrès médical, M. Bourneville.

La Société médicale des hôpitaux n'avait-elle donc d'autre alternative que celle de s'effacer devant la Faculté ou de se constituer en rivale, c'est-à-dire en ennemie déclarée de celle-ci ? Nous ne le pensons pas et nous croyons que le véritable intérêt de l'enseignement clinique n'est ni d'un côté ni de l'autre.

La Faculté, après avoir détourné à son profit les forces vives de la Société médicale des hôpitaux, ne pourra pas les utiliser, parce que, quoi qu'espère M. Potain, le nerf de la guerre lui fera défaut.

D'autre part, l'enseignement dogmatique que, avec M. Potain, nous croyons utile, entrerait difficilement dans le programme d'une Ecole de médecine municipale, du moins avec les ressources dont on dispose actuellement. Cette Ecole serait donc incomplète. De plus, tant que la Faculté réunirait la double attribution de corps enseignant et de corps examinant, l'Ecole de médecine municipale aurait par cela même un rang d'infériorité qui lui rendrait la lutte difficile. Or, ces conditions de rivalité, de lutte inégale, sont de beaucoup moins fécondes que celles d'une simple concurrence, d'une émulation de bon aloi qui vise avant tout l'intérêt général. Celles-ci auraient pu être remplies, si elle l'eût voulu, par la Société médicale des hôpitaux.

Pourquoi, en effet, cette Société, au lieu de rechercher le patronage, soit de la Faculté, soit du Conseil municipal, n'a-t-elle pas conservé son indépendance et n'a-t-elle pas créé, nous ne dirons pas une Ecole dans l'acception du mot, mais un enseignement collectif libre, autonome, auquel elle aurait convié tous ses membres, et dont elle aurait chargé une commission, prise dans son sein, de tracer le programme et de préparer l'organisation? Il ne s'agissait, après tout, que d'encourager le bon vouloir des uns, de susciter celui des autres, de relier des éléments épars, de rendre féconds, en les unissants, des efforts isolés. Nous avons vu, il y a quelques années, sous l'action de l'initiative privée, se fonder une Ecole aujourd'hui florissante : l'Ecole d'anthropologie. Ici tout était à créer, personnel et matériel ; l'objet même de l'enseignement était encore assez mal défini ; on n'avait pas le premier sou. Trois ou quatres apôtres de la science nouvelle se réunissent, groupent autour d'eux quelques amis, les souscriptions, les dons, les subventions arrivent, la matière de l'enseignement se précise et s'étend, les cours se multiplient, les auditeurs affluent, et l'Ecole d'anthropologie est, en ce moment, l'une des institutions d'enseignement supérieur qui fait le plus d'honneur à la France.

La Société médicale des hôpitaux a des ressources autrement puissantes pour créer l'enseignement collectif libre dont nous parlons, enseignement qui compléterait en réalité celui de la Faculté, tout en restant indépendant de celle-ci. De même les subventions que cet enseignement pourrait recevoir et recevrait, sans aucun doute, du Conseil municipal n'impliqueraient en rien la subordination du nouveau corps enseignant à l'égard du Conseil, pas plus que ce n'est arrivé pour l'Ecole d'anthropologie, que le Conseil municipal subventionne depuis nombre d'années. Etranger à l'organisation et au fonctionnement de ces Ecoles, le Conseil municipal, par les subventions qu'il leur accorde, en est simplement le bienfaiteur.

Nous ne croyons pas nécessaire d'insister davantage pour montrer que, sans s'inféoder ni à la Faculté, ni au Conseil municipal, la Société médicale des hôpitaux pouvait créer une œuvre utile et combler ainsi une profonde et regrettable lacune de notre enseignement médical.

Dr F. de Ranse.

NOTES ET INFORMATIONS

Discussion à la Chambre des députés du projet de loi relatif à l'exercice de la médecine. — Enfin le projet de loi, relatif à la revision de la loi de ventôse an XI est venu à l'ordre du jour de la Chambre des députés. M. Brouardel a été nommé commissaire du gouvernement pour soutenir la discussion du projet ministériel. Malheureusement la Chambre est à la veille de prendre ses vacances, et cette discussion court grand risque d'être tronquée. Nous reviendrons sur ce sujet dans un prochain numéro.

Syndicats médicaux. — La Chambre des députés a pris en considération une proposition de loi étendant aux professions libérales les dispositions de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels.

Epidémies. — Un journal militaire a annoncé que la fièvre scarlatine avait fait son apparition à l'Ecole de Saint-Cyr. Le fait est exact et remonte déjà à quelque temps. Grâce aux mesures prises à temps, l'épidémie peut être considérée maintenant comme absolument enrayée. Quinze élèves seulement ont été atteints par la maladie. Leur état n'a jamais inspiré de sérieuses inquiétudes.

— Un certain nombre de cas de scarlatine ayant été constatés au Lycée Saint-Louis, l'administration supérieure, après un rapport de MM. Brouardel, Lancereaux et Aug. Ollivier, a licencié les élèves de cet établissement. Des travaux d'assainissement et de désinfection seront immédiatement entrepris.

Il serait question, paraît-il, d'appliquer les mêmes mesures à un autre grand lycée de Paris, sinon à plusieurs.

— A la dernière séance du Comité consultatif, M. Proust a annoncé qu'une épidémie de choléra sévissait en ce moment à Massouah et dans toute l'Abyssinie.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

Exercices opératoires de l'École pratique. — (Premiers cours). — M. le docteur Potherat, prosecteur, avec le concours de 6 aides d'anatomie, fera sa première démonstration, le mardi 17 mars 1891, à 1 heure précise, pavillon n° 3.

Manœuvres obstétricales. — M. Bar, agrégé, commencera les exercices opératoires d'obstétrique, à l'Ecole pratique (pavillon

n° 6), le mardi 14 avril 1891, à 3 heures de l'après-midi, et les continuera les jours suivants, à la même heure.

Les inscriptions pour les manœuvres obstétricales seront reçues au secrétariat (guichet n° 2), de midi à 3 heures, tous les jours, jusqu'au mercredi 8 avril inclusivement.

Seront seuls admis :

1° Les élèves pourvus de 16 inscriptions ;

2° Les élèves de 4e année, possesseurs de 14 inscriptions.

Ils recevront une lettre de convocation spéciale.

Concours du bureau central de médecine. — Les candidats dont les noms suivent, sont appelés à prendre part à la seconde épreuve du concours :

MM. Achard, Béclère, Bourcy, Capitan, Dalché, Darier, de Gennes, Delpeuch, Despréaux, Duplaix, Gauchas, Gilles de la Tourette, Girandeau, Girode, Havage, Klippel, Laffitte, Lebreton, Le Gendre, Lermoyez, Lesage, Marfan, Mathieu, Ménétrier, Morel-Lavallée, Nicolle, Oettinger, Ribail, Robert, Thoinot, Tissier, Widal.

Congrès français de chirurgie. — cinquième session (du 30 mars au 4 avril inclusivement). — Le Congrès se réunira à Paris, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le professeur Guyon. — La séance d'inauguration aura lieu le lundi 30 mars, à deux heures.

Communications annoncées au 1er mars (1)

QUESTIONS A L'ORDRE DU JOUR

Première question : « Intervention chirurgicale dans les affections des centres nerveux (la trépanation primitive du crâne exceptée). » — MM. les docteurs P. Reclus (de Paris), Bazy (de Paris), E. Doyen (de Reims), Vaslin (d'Angers), Jeannel (de Toulouse), professeur Ollier (de Lyon), Picqué (de Paris), Victor Horsley (de Londres).

Deuxième question : « Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes. » MM. les docteurs P. Reclus (de Paris), P. Segond (de Paris), Bazy (de Paris), Gustave Richelot (de Paris), E. Doyen (de Reims), Jeannel (de Toulouse), Bouilly (de Paris), Pozzi (de Paris), Jacobs (de Bruxelles), Spencer Wells (de Londres), Lawson Tait (de Birmingham).

Troisième question : « Des diverses espèces de suppurations examinées au point de vue bactériologique et clinique. » — MM. les docteurs Bazy (de Paris), E. Doyen (de Reims), P. Reclus (de Paris), Verneuil (de Paris).

QUESTIONS DIVERSES

Jules Bœckel (de Strasbourg) : Considération sur la résection du genou, d'après 80 observations personnelles. — E.-J. Moure (de Bordeaux) : De la thyrotomie dans le cancer du larynx. — Heydenreich (de Nancy) : De la résection du pubis dans la taille sus-pubienne, pratiqué pour ablation d'une tumeur vésicale. — P. Reclus (de Paris) : Traitement des suppurations pelviennes. — Thiriar (de Bruxelles) : Un cas de laparo-entérotomie, pour obstruction intestinale déterminée par un calcul intestinal. — E. Doyen (de Reims) : 1° L'actinomycose de l'homme ; 2° l'asepsie en chirurgie. — J. Toison (de Douai) : De la trépanation du crâne par résection temporaire d'un lambeau ostéoplastique (procédé Wagner et procédé personnel à l'auteur). — Lavaux (de Paris) : Pathogénie et traitement préventif de la fièvre urineuse. — Monprofit (d'Angers) : Laparotomie pour occlusion intestinale. Guérison. — Vaslin (d'Angers) : Opérations qui se pratiquent sur le squelette du pied bot varus équin congénital chez l'adulte. — Pozzi (de Paris) : Des blessures de l'uretère dans les laparotomies. — Picqué (de Paris) : Indications de la cholécystotomie. — Léon Montaz (de Grenoble) : 1° Sur les anévrysmes fessiers ; 2° Contribution à la pathologie de l'os intermaxillaire. — A. Berthomier (de Moulin) : Ostéomyélite des côtes ; interprétation des signes sthétoscopiques. — A. Broca (de Paris) : Sur les variétés et la cure radicale de la hernie inguinale. — P. Segond (de Paris) : Kyste séreux de la face postérieure de la vessie, extirpé au cours d'une hystérectomie vaginale. — Tuffier (de Paris) : 1° Des résultats éloignés de la néphropexie pour rein mobile ; 2° De l'incision hypogastrique dans les kystes hydatiques de l'espace rétro-vésical. — Poirier (de Paris) : Exstrophie de la vessie.

(1) Prière d'adresser au plus tôt les titres des communications à M. le Dr Pozzi, secrétaire général, librairie F. Alcan, boulevard Saint-Germain, Paris.

Congrès international d'hygiène et de démographie. — Le Congrès doit s'ouvrir le 10 avril prochain à Londres. Le président de la section de bactériologie est sir Joseph Lister.

Vice-présidents : G. Buchanan, Klein, et Burdon-Sanderson.

Les sujets proposés pour la discussion générale sont : 1° Immunité naturelle et immunité artificielle ; 2° Tuberculose chez l'homme et les animaux.

Les communications porteront :

1° Sur les caractéristiques générales, morphologiques, biologiques et chimiques des micro-organismes ; 2° Les relations des micro-organismes avec les maladies infectieuses spécifiques, fièvre typhoïde, malaria, dipthérie, choléra, pneumonie, etc. ; 3° L'action des désinfectants.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la méditerranée. — *Vacances de Pâques et régates internationales* ; *tir aux pigeons de Monaco.* — Billets d'aller et retour de Paris à Nice et Menton valables pendant 20 jours non compris le jour du départ. — 1re classe, prix : 190 fr. ; faculté de prolongation d'une période unique de 10 jours moyennant un supplément de 10 0/0.

Billets délivrés du 19 mars au 4 avril 1891 inclusivement et donnant aux voyageurs le droit de s'arrêter, tant à l'aller qu'au retour, à toutes les gares comprises dans le parcours ainsi qu'à Hyères. Ils sont valables pour tous les trains à l'exception des trains rapides nos 7 et 10 partant : le premier de Paris à 7 h. 15 soir, le second de Menton à 12 h. 24 matin et de Nice à midi 37.

Les voyageurs porteurs de ces billets peuvent également prendre, moyennant le paiement du supplément perçu des voyageurs porteurs de billets à plein tarif, les trains de luxe composés de lits-salons et de sleeping-cars.

Les enfants de 3 à 7 ans paient place entière.

Les voyageurs ont droit au transport gratuit de 30 kilogrammes de bagages

On peut se procurer des billets et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M et dans les bureaux-succursales : rue Saint-Lazare, 88 ; rue des Petites-Ecuries, 11 ; rue de Rambuteau, 6 ; rue du Louvre, 44 ; rue de Rennes, 45 ; rue Saint-Martin, 252 ; place de la République, 8 ; rue Sainte-Anne, 6 ; rue Molière, 7 ; rue Etienne-Marcel, 18 ; ainsi que dans les diverses agences de voyages.

Chemin de fer d'Orléans. — *Fêtes de Pâques à Madrid.* — A l'occasion des Cérémonies de la Semaine Sainte et des Fêtes de Pâques, la Compagnie d'Orléans, d'accord avec les Compagnies du Midi de la France et du Nord de l'Espagne, délivrera, du 18 au 28 mars, au départ des gares de Paris, Orléans, le Mans, Tours, Poitiers, Saincaize, Bourges, Châteauroux, Moulins (Allier), Gannat, Montluçon, Limoges et Clermont-Ferrand, ainsi qu'aux gares et stations intermédiaires, des billets aller et retour de première classe pour Madrid, au prix réduit et uniforme de 200 fr., avec faculté d'arrêt : en France, à Bordeaux, à Bayonne et à Hendaye, et en Espagne, à tous les points du parcours.

Ces billets seront valables pendant 20 jours et donneront aux voyageurs la Faculté de prendre les trains de Luxe Sud-Express, à la condition de payer, en outre du prix ci-dessus, le supplément complet, c'est-à-dire 50 0/0 du prix des billets à plein tarif.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

A la Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Formulaire pratique de thérapeutique et de pharmacologie, par MM. Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Cochin, et P. Yvon, pharmacien de première classe, interne des hôpitaux de Paris. — Quatrième édition, corrigée et augmentée. Un fort volume in-32, cartonné, de 600 pages. Prix : 4 francs.

De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique, par le Dr Bernheim, professeur à la Faculté de médecine de Nancy. — Troisième édition, corrigée et augmentée. Un volume in-18 de 600 pages, avec figures. Broché, 6 francs, cartonné, 7 francs.

du même auteur : vient de paraître, *Hypnotisme, Suggestion, Psychothérapie.* — In-8° de 525 pages. — Prix : 9 francs.

Étude sur les cysticerques en grappe de l'encéphale et de la moelle chez l'homme, par E. Bitot, chef de clinique à la Faculté de Bordeaux, et Jean Sabrazès, interne lauréat des hôpitaux de Bordeaux. — In-8° de 60 pages, avec 4 figures dans le texte. — Prix : 2 francs.

Ministère de la marine, *loi, décrets, et arrêtés concernant l'institution de l'école du service de santé de la marine et des écoles annexes de médecine navale.* — In-8° de 65 pages. — Prix : 2 francs.

Ministère de la marine. *Règlement intérieur de l'école du service de santé de la marine à Bordeaux.* — In-8° de 20 pages. — Prix : 1 franc.

J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille près du boulevard Saint-Germain, Paris.

Nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicales, par Fr. Gross, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy; J. Rohmer, et A. Vautrin, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Nancy.

Tome Ier. *Maladies de la Tête*, 1890. 1 vol. in-8 de 880 pages. 12 fr.

Tome II. *Maladies du Cou et du Tronc*, 1891, 1 vol. in-8 de 1004 pages. 12 fr.

Cet ouvrage fait partie de la *Nouvelle Bibliothèque médicale.*

L'art de soigner les enfants malades, guide hygiénique des mères, par le Dr E. Périer. 1 vol. in-16 de 215 pages de la *Petite bibliothèque médicale* à 2 fr. le volume.

Exercices pratiques de physiologie à l'usage des étudiants en médecine, par Léon Frédéricq, professeur à l'Université de Liège. 1 vol. gr. in-8° cart. de 64 p. avec figures. — Prix : 3 fr.

Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine-Dubois.

Formulaire de médecine pratique, par le Dr E. Monin (préface du prof. Peter. Cet ouvrage qui renferme plusieurs milliers des meilleures formules, rendra à tous nos confrères les plus utiles services dans leur clientèle journalière. L'hygiène des maladies, la médecine des symptômes, la thérapeutique conçue d'après les indications cliniques : voilà ce qu'y trouveront tous les médecins soucieux d'approfondir *l'ars curandi*, dénommé à bon droit « la partie la plus utile que l'homme ait inventé ». Le formulaire du Dr Monin est appelé au succès durable, parce qu'il est méthodiquement mis en pages et rédigé avec un sens critique assez rare dans ces sortes de publications.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame.





GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

CLINIQUE MÉDICALE

LA NÉPHRITE ARTÉRIELLE. — COINCIDENCES PATHOLOGIQUES. — PATHOGÉNIE. — LÉSIONS CONSÉCUTIVES. — INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

Par le Dr Lancereaux,
Médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Leçon recueillie par M. E. Bon, *interne du service.*

PREMIÈRE LEÇON

Je veux aujourd'hui, Messieurs, étudier avec vous six malades atteints de ce qu'on a longtemps désigné sous le nom de *mal de Bright*. Trois d'entre eux sont des hommes de 60 ans; les trois autres sont jeunes : 23, 24 et 29 ans. Tous les six ont de l'albumine dans les urines et, par conséquent, une lésion rénale. Mais les trois premiers forment un groupe que je tiens à comparer au groupe des trois autres pour en faire ressortir les analogies et les différences.

C'est Bright qui le premier reconnut qu'il existait une relation entre l'albuminurie et l'altération des reins. Il en fit une entité morbide que, plus tard, des médecins français, Martin-Solon et surtout Rayer, désignèrent du nom de « mal de Bright ».

Un des premiers, j'ai entrepris le démembrement de cette unité pathologique artificielle, et montré qu'on réunissait à tort, sous une dénomination uniforme, des lésions différentes non seulement dans leur évolution anatomique, mais aussi dans leur étiologie et leur ensemble symptomatique. Déjà Virchow avait scindé les néphrites en deux espèces : la néphrite parenchymateuse et la néphrite interstitielle. Mais ces deux processus, si nettement séparés, constituent non pas seulement des espèces, mais bien des *genres* comprenant chacun plusieurs *espèces*; c'est ainsi que, dans la néphrite parenchymateuse, se rangent le gros rein blanc, les néphrites toxiques; dans la néphrite interstitielle, nous trouvons la néphrite de l'athérome et de l'aplasie artérielle, celles du saturnisme, de la syphilis et peut-être de l'impaludisme. Ces données ont été développées, dès l'année 1870, dans mon *Atlas d'Anatomie Pathologique*, et plus tard au Congrès de Nantes en 1875. J'ai préféré les noms de *néphrite épithéliale* et *néphrite conjonctive* aux mots *parenchymateuse* et *interstitielle* de Virchow, ces appellations ayant l'avantage de définir anatomiquement les lésions du rein.

Nos six malades présentent le type le plus commun de la néphrite conjonctive, celle qui est liée à l'athérome des artères du rein, la *néphrite artérielle*, pourrons-nous dire. Nous allons d'abord étudier le premier groupe de malades, celui des vieux.

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE

Jusqu'ici, de tous les genres littéraires, c'est le roman qui paraissait avoir été le plus délaissé par les plumes médicales. Aujourd'hui nous semblons vouloir changer tout cela. Sans remonter à *La Chercheuse*, roman qu'un de nos confrères de la Faculté de Paris, M. Louis Janvier, un Haïtien du plus beau noir, publiait l'autre année en le dédiant à Mme Judith Gautier, n'avons-nous pas vu, il y a quelques mois, M. le Dr Maurice de Fleury (qui sous le pseudonyme d'Horace Bianchon s'était déjà essayé à publier, dans le *Figaro*, des portraits de nos médecins les plus en vue) lancer une œuvre d'imagination sous ce titre : *Amours de savants*.

Et voici qu'un autre médecin, M. Paul Vigné (d'Octon) fait grand bruit en ce moment avec son roman l'*Éternelle Blessée*, pour lequel un mari mal avisé a trouvé une superbe réclame. On sait, en effet, qu'un naturel du Midi de la France, ayant reconnu sa propre femme dans l'héroïne du roman de M. Vigné, s'est empressé d'invoquer contre l'auteur la violation du secret professionnel et, par ministère d'huissier, a voulu obliger l'éditeur Lemerre à cesser la vente du livre. Naïf méridional, qui pour empêcher que le public apprenne par la lecture d'un roman qu'il existe une femme qui, quoique filleule d'un magistrat, est atteinte d'une infirmité gênante, divulgue à tort et à travers qu'il s'agit de sa propre *épouse*. Mais n'est-ce donc pas lui le seul coupable : qui donc se fût douté que l'héroïne du roman de M. Vigné s'appelait Mme X...

Étrange manière de sauvegarder et d'exiger un secret, si professionnel soit-il!

N'est-ce pas encore une œuvre d'imagination que nous avons à présenter à nos lecteurs en leur parlant du petit livre (1) que le Dr Henri Napias a intitulé : *L'Assistance publique dans le département de Sambre-et-Loire*! Œuvre fantaisiste évidemment, mais où l'amour, même platonique, n'entre pour rien, dont l'intrigue consiste à savoir si les rideaux de tel hôpital seront enlevés ou non; si le bureau de bienfaisance et les hospices de Saint-Harmony continueront à avoir chacun une commission indépendante où les in-

(1) Paris, in-8°, 1890. Lecrosnier et Babé, éditeurs.

Ces hommes ont tous les trois de l'albumine dans les urines; mais là n'est pas leur seul point de contact; nous allons découvrir bien d'autres analogies.

D'abord, ils sont à peu près du même âge, 58, 59 et 60 ans. C'est donc à certain âge de la vie qu'apparaît la néphrite artérielle, on plutôt qu'on commence à en constater les symptômes. C'est en effet le plus généralement de 45 à 55 ans. L'un a commencé il y a vingt ans, l'autre il y a dix ans, à se lever pour uriner; le troisième prétend avoir eu toujours cette habitude. Donc, deux sur trois sont polyuriques; j'entends par là non pas seulement que le chiffre de l'urine totale de vingt-quatre heures est plus élevé que chez un individu sain, mais surtout que la sécrétion urinaire est plus abondante la nuit que le jour, au point que le malade est obligé d'interrompre plusieurs fois son sommeil pour vider sa vessie. Ce sont des urines claires, d'une densité inférieure à la normale.

Deux ont eu des maux de tête fréquents depuis qu'ils sont albuminuriques, et ces périodes de céphalalgie coïncidaient avec de la mauvaise humeur. De temps en temps survenait une crise diarrhéique qui faisait disparaître ces accidents et les malades étaient tranquilles pour un certain temps. Ils ont remarqué aussi que le moindre effort, une marche un peu rapide, la montée d'un escalier, les essoufflaient très vite, tandis que la respiration était normale tant qu'ils étaient au repos. Le troisième, qui paraît d'ailleurs le moins malade, n'a eu ni maux de tête, ni diarrhée, ni essouflement.

Je tiens à fixer votre attention sur cette céphalalgie, que bien souvent le médecin attribue à toute autre cause parce qu'il fait un examen incomplet du malade, parce qu'il ne sait pas relier les phénomènes à leur cause, ou ne veut pas s'en donner la peine; il se contente de prescrire de l'antipyrine ou quelque autre drogue, et la lésion rénale, méconnue, poursuit son évolution.

Remarquez aussi ces crises de diarrhée qui surviennent providentiellement en quelque sorte pour débarrasser le malade des produits toxiques non éliminés par les reins et qui l'empoisonnaient; un flux intestinal plus ou moins abondant se produit, le mal de tête disparaît, et le malade reprend sa bonne humeur. J'ai vu dans ma clientèle des faits de ce genre vraiment remarquables.

Maintenant voyons l'habitus extérieur de nos malades. De quelque maladie qu'il s'agisse, il doit tout d'abord attirer notre attention; et vous verrez qu'ici il a autant d'importance que dans la syphilis, par exemple. En même temps, nous noterons les antécédents personnels. — Deux sont chauves; tous trois ont de la blépharite ciliaire, des varices, des ostéophytes, des craquements dans les jointures; un a eu des migraines, deux ont eu des épistaxis; un a des hémorrhoïdes, deux ont des démangeaisons, ont eu de l'eczéma, de l'urticaire, et présentent des taches pigmentées sur la peau et des troubles trophiques des ongles; celui-ci est herniéux; tous les trois, enfin, ont eu des douleurs articulaires qui, chez l'un, ont été une fois assez violentes pour le tenir au lit plusieurs semaines, chez les autres simplement passagères.

Ce sont donc des rhumatisants chroniques; ce sont aussi des artério-scléreux; leurs artères temporales sont sinueuses, leurs radiales dures. Chez tous les trois, le cœur est hypertrophié, les battements en sont sourds, le deuxième bruit claque fort; « ça danse là-dedans », nous dit le n° 2. Aucun n'a de souffle à l'aorte; mais vous trouveriez facilement ce signe chez beaucoup de malades de ce genre, car il est fréquent. Jamais vous ne rencontrerez rien à la mitrale; ou, dans tous les cas, ce sera un souffle systolique, indiquant une dilatation du cœur sous la dépendance de la sclérose des artères coronaires et d'un certain degré de sclérose du myocarde. — Enfin, deux sur trois sont dyspeptiques.

Voici donc un ensemble symptomatique, imposant l'attention, qui se retrouve, à l'intensité près de quelques symptômes, chez nos trois malades. Leurs antécédents peuvent assurément nous faire soupçonner qu'il ne s'agit pas là d'une maladie survenue après l'âge mûr et constituée de toutes pièces. Il y a eu, pour arriver à ce nœud de l'action pathologique, des scènes antérieures et des situations qui ont pu en imposer aussi, au moment où elles se sont montrées, pour des entités morbides, et qui n'étaient qu'une évolution en quelque sorte fatale vers le dénouement que je vais vous dire. Mais cette filiation se voit mal chez les malades de nos hôpitaux qui nous viennent, en général, à des périodes isolées de leur affection, ou le plus souvent aux phases terminales. Il faut pouvoir suivre longtemps les individus, connaître l'histoire pathologique des familles, pour se faire une idée exacte de l'étroite relation qui réunit ces symptômes à première vue si disparates, et pour arriver à cette conception d'une maladie, une dans son essence, échelonnant ses manifestations le long des âges de la vie; et cela avec une régularité, je dirai presque une monotonie qui fait penser aux lois physiques, et qui dé-

---

digeuts vont successivement frapper, recevant ainsi des deux mains une double dose d'ipéca et d'huile de ricin; ou si les deux commissions se fondront en un seul conseil?

Quelle excellente critique, sous forme narrative, des vieux abus, des pratiques routinières, des difficultés que les justes revendications de la science hygiénique éprouvent à se faire admettre! Et en même temps, quelles charmantes descriptions de la vie provinciale, avec ses petites misères, et où cependant la bonne volonté ne manque pas!

Mais ce qui est le plus admirable dans ce travail, c'est la personne même du préfet. — Un préfet plein de tact, habile, instruit, actif, digne quoique simple d'allures, ami des réformes utiles, ferme dans ses principes. M. Napias l'appelle M. Nemo (1). Ce nom même est une trouvaille.

C'est en effet un préfet idéal, atteignant la perfection. Mais en quoi M. Napias a dépassé les limites de la vraisemblance, c'est quand il nous dit : « Ces essais de réforme ont commencé il y a une dizaine d'années, quand M. Jacques Nemo fut nommé préfet de Sambre-et-Loire. » Eh quoi! un préfet rempli de tant de qualités qui n'aurait pas eu d'avancement en dix ans! C'est trop invraisemblable, nous le répétons.

Il est vrai que le département que M. Nemo est chargé de gouverner est tout également dans le domaine de la fantaisie pure. Egalement du domaine de la fantaisie sont tous ces noms si bien trouvés de localités : Saint-Harmony, le chef-lieu, et Rouvrebose, et la ville d'eaux de Puy-Tépide et celle de Chalybe, et la sous-préfecture de Beauséjour.

Je ne saurais résister au plaisir d'emprunter à ce livre une page dont la lecture montrera mieux que je ne saurais le dire avec quel art M. Napias manie la plume, je dirais volontiers le pinceau du paysagiste :

« La flore y est belle. Rien n'égale, en juin, le coloris des champs de blé qui se dorent et s'émaillent des couleurs éclatantes des bleuets, des coquelicots, des adonis, des pieds d'alouettes, des amaranthes, des saponaires. Il n'y a pas ailleurs de prairies plus vertes où les boutons d'or éclatent en points plus brillants comme des louis neufs

(1) Bien que M. Napias ait cru donner à son préfet de Sambre-et-Loire le nom de Nemo, nous ne doutons pas qu'il en puisse exister de pareils ailleurs que dans son imagination. Mais ils doivent être rares.

montre péremptoirement l'existence de lois régissant la pathologie humaine.

Voyez plutôt la succession des accidents, toujours la même. C'est la puberté qui réveille les prédispositions morbides. A cet âge (et ma fonction de médecin d'un grand lycée a fait ma religion sur ce point) apparaissent l'angine granuleuse, les poussées d'acné, la dyspepsie, les épistaxis, l'abattement, les idées tristes. — Entre 25 et 30 ans, c'est le tour de la calvitie, des hémorrhoïdes, des varices, des poussées aiguës de rhumatisme chronique. Plus tard, s'installe l'endartérite généralisée avec son cortège: polyurie nocturne, atrophie rénale, urines diminuées de densité, albuminurie, accidents urémiques; d'autre part, le cœur s'hypertrophie et s'affaiblit le plus souvent par le double processus de l'athérome des coronaires et de la sclérose du myocarde; en même temps se manifeste l'ischémie de l'encéphale, entraînant avec elle les éblouissements, les vertiges, les pertes de connaissance, l'embarras de la parole, l'affaiblissement des facultés intellectuelles, les paralysies; (deux de nos malades ont eu des paralysies.)

Pour la majorité de cliniciens, ces trois hommes sont atteints de *néphrite interstitielle*. Le diagnostic porté, on ne va pas au-delà. Moi-même, il y a douze ans, je n'en cherchais pas davantage. En 1877, je voyais enfin la relation d'une telle néphrite avec l'artério-sclérose, mais je laissai encore de côté les autres manifestations qui me paraissaient de simples coïncidences. Plus tard seulement, j'ai compris ces malades et j'ai reconnu le type morbide réalisé par leurs affections concomitantes ou successives.

Un de nos trois sujets présente ce phénomène du doigt mort qu'on envisage comme dépendant de l'albuminurie, alors qu'il est manifestement fonction de l'artério-sclérose. Pourquoi ce refroidissement des extrémités, cette cyanose ou cette pâleur, ces fourmillements, sinon parce que les artères ont perdu leur élasticité, sont rétrécies, apportent moins de sang à la périphérie et l'y apportent moins bien?

Je vous ferai remarquer, enfin, que ces malades sont très impressionnables, d'une vive sensibilité morale, des *névropathes*, en un mot.

Ici nous touchons à la raison de tous ces phénomènes; nous comprenons que seul le système nerveux peut commander à tant d'organes, et que toutes ces manifestations sont sous sa dépendance. Y a-t-il une seule cellule autonome dans l'organisme? Pas une qui ne vive, qui ne fonctionne par le système nerveux; et selon que celui-ci remplit plus ou moins bien son rôle, selon qu'il est sain ou malade, nous avons la santé ou la maladie. Dans l'affection qui nous occupe, c'est sa double influence trophique et vaso-motrice qui est en jeu. Nous avons affaire à une *névrose vaso-motrice et trophique*: vaso-motrice, en effet, car elle amène des fluxions séreuses et sanguines; trophique, car elle produit l'altération des tissus: altération des parois artérielles, connue depuis longtemps; altération des parois veineuses, étudiée par Quénu; désordres nutritifs des articulations analogues aux arthropathies du tabes, si bien décrites par M. Charcot, et aux altérations articulaires et osseuses de la paralysie générale; rétraction de l'aponévrose palmaire. Je vous ai cité ailleurs les expériences physiologiques de Giovanni, dans lesquelles la section des branches du grand sympathique produit des lésions de la membrane de l'aorte.

Cette névrose est une maladie nette, précise, à évolution franche et régulière. Je l'ai appelée *herpétisme*. Le nom importe peu; mais j'aime autant celui-là qu'un autre, car les éruptions d'herpès sont très fréquentes chez ce genre de malades; le mot *arthritisme* a été pris par les auteurs dans une acception trop étendue et trop vague pour me convenir.

Les désordres trophiques de l'herpétisme se manifestent de préférence sur les tissus peu vasculaires: le tissu fibreux, les cartilages, dont les éléments se multiplient et s'organisent de façon à former des ostéophytes; les poils, les ongles qui tombent et s'exfolient; l'endartère, et les vaisseaux qui s'allongent deviennent rigides et sinueux; l'endoveine, qui amène les varices; l'aponévrose palmaire, dont la rétraction produit la maladie de Dupuytren (surtout avec flexion des deux derniers doigts, remarquez-le en passant); les aponévroses abdominales, dont la résistance, dès lors insuffisante, permet les hernies. Tout cela tient à une innervation trophique défectueuse.

Mais une fois l'endartérite établie, le système nerveux n'est plus en cause. Les vaisseaux ont perdu leur élasticité, leur rôle actif dans la circulation est compromis; ils sont dilatés ou rétrécis, ils s'oblitèrent même; l'hydraulique circulatoire est troublée, c'est une question de mécanique, et de ce nouveau chef d'autres lésions vont apparaître.

De plus, autour des vaisseaux malades se fait une prolifération conjonctive qui envahit les organes, étouffant les cellules du parenchyme. Les deux reins s'atrophient, se ratati-

---

sur le tapis d'une table de jeu. — Les pins se dressent en masses épaisses sur les montagnes, alternant avec les bois de hêtres aux troncs droits, largement espacés et qui semblent des temples immenses dont les dômes verdoyants seraient soutenus par des colonnes de jaspe lamées d'argent et dont le sol serait fait de mosaïques étrangement dessinées par les feuilles élégantes des fougères. Il y a, près de Rouvrehosc, une forêt de chênes de 3.000 hectares; les peupliers s'alignent en longues files processionnelles dans les prés au bord des cours d'eau; les vernes, les charmes et les ormes forment à l'entrée des fermes des avenues bien plantées: il n'est pas de grange ou de chaumière isolée qui n'ait auprès d'elle un bouquet de gros noyers ou quelques châtaigniers de belle venue. — Les pommiers, les poiriers, les cerisiers, les pruniers, ornent les vergers qu'entourent des haies vives. La vigne pousse généreusement sur les coteaux, verte au printemps, rouge à l'automne, décharnée en hiver et tordant sous la neige ses bras noirs aux noueuses articulations. » (Pages 2 et 3.)

On le voit, c'est bien là une œuvre de pur lettré, et des plus délicats. Mais c'est aussi une œuvre aimable, attrayante et à la fois amusante quoique le fond en soit des plus sérieux. Aussi applaudissons-nous vivement aux éloges que lui a décernés M. Henri Monod, qui fut préfet et qui se connaît aussi aux choses de l'hygiène, lui qui est le directeur du Conseil sanitaire.

C'est qu'en somme, dans ce délicieux petit roman, bien que la scène en soit imaginaire, que les personnages n'aient jamais existé, bien que tout y semble appartenir au domaine de la fiction; les idées sont excellentes, les principes exacts et le but on ne peut plus utile. Cela ne saurait surprendre quand on connaîtra la déclaration que l'auteur a mise dès les premières pages dans une note: « Il n'y a pas un des faits signalés dans ce travail qui ne se retrouve avec une rigoureuse exactitude dans d'autres départements encore que celui de Sambre-et-Loire. »

Aussi ne venez pas me demander si je crois que M. Nemo ait pu rendre au département de Sambre-et-Loire tant de bienfaits. Car je répondrais avec Royer Collard: Je n'en sais rien, mais je l'affirme.

Dr Albertus.

(*A suivre.*)

nent, l'un plus que l'autre généralement, car le processus scléreux est rarement égal des deux côtés; tandis que si les reins sont malades par le fait d'un poison exerçant partout une action uniforme, le plomb, par exemple, les lésions seront égales et symétriques. La sclérose du foie est plus rare, sans doute parce que la veine porte supplée dans une large mesure à l'insuffisance de l'artère hépatique. La rate s'atrophie, mais c'est plutôt ici une évolution physiologique, nullement liée à l'altération des vaisseaux.

Le cœur présente des troubles importants liés surtout à l'athérome des coronaires. Il s'hypertrophie d'abord, puis faiblit; la fibre musculaire, mal nourrie, dégénère et se segmente, étouffée souvent d'ailleurs par la sclérose conjonctive. Les ventricules se dilatent, les valvules deviennent fonctionnellement insuffisantes.

L'encéphale pâtit à son tour; ses artères rigides, ossifiées, moniliformes, l'irriguent imparfaitement; sous l'influence de cette nutrition défectueuse, le cerveau diminue de volume; on trouve, en effet, les ventricules latéraux dilatés. Des artérioles s'oblitèrent, et aux territoires qu'elles irrignaient correspondent des lacunes, des ramollissements de dimensions variables, depuis celle d'une tête d'épingle à celle d'un pois. D'autres fois, les vaisseaux se rompent, et on a le symptôme de l'hémorragie cérébrale.

Le tissu musculaire, lui aussi, est altéré; mais comme il n'en résulte aucun danger pour la vie, nous n'insisterons pas.

Ainsi donc se succèdent deux processus pathologiques, le premier engendrant le second: c'est d'abord le désordre vasomoteur et trophique; c'est ensuite le désordre mécanique et la dénutrition par ischémie.

La médecine ne nous offre que des exemples de ce genre: une maladie générale, une maladie du système nerveux, pour tout dire en un mot, qu'elle soit dynamique, toxique ou organique, amenant les troubles matériels et fonctionnels de divers organes. *Il y a des maladies générales avec localisations sur les organes, il n'y a pas de maladies d'organes.*

La mort, chez nos malades, peut survenir par le cerveau, par le cœur, ou par le rein. Nous n'envisageons aujourd'hui que ce dernier dénouement. C'est l'urémie qui termine la scène; déjà elle s'est montrée sous forme de maux de tête, de vomissements, alors que diminuaient les urines; elle emportera le malade quand l'anurie sera complète ou à peu près, quand les viscères, déjà altérés, ne recevront qu'un sang chargé de principes excrémentitiels toxiques que les reins n'élimineront plus, quand les cendres accumulées des combustions déjà si ralenties de l'organisme auront éteint la dernière étincelle.

Le diagnostic de la néphrite artérielle n'est pas toujours facile à établir. Ainsi, chez l'un de nos malades, en raison de la densité élevée des urines, de leur coloration plus intense, j'avais songé, la première fois qu'il entra à l'hôpital, à une néphrite épithéliale; ce n'est qu'après avoir vu ses urines augmenter de quantité, présenter une densité au-dessous de la normale, et cela d'une façon définitive, que j'ai rectifié mon diagnostic. Cet autre malade, qui est peintre en bâtiments, a eu plusieurs fois des coliques de plomb. Le saturnisme est-il chez lui facteur de la lésion renale? Pour une part peut-être, mais faible assurément, car j'ai acquis la conviction que l'intoxication plombique n'engendre pas l'artério-sclérose.

Que devons-nous faire, nous médecins, en présence de tels malades? Essayer de conserver leur existence le plus longtemps possible. Nous ne sommes pas des guérisseurs, nous retardons la mort en conjurant le péril imminent, voilà tout. Mais cela nous le pouvons le plus souvent, et dans le cas particulier en plus d'une occasion, surtout si nous agissons conformément aux lois de la nature. « Je le pansai, Dieu le guérit, » C'est la plus belle parole qui ait été dite en médecine.

Sachons donc ce qui menace l'existence des artério-scléreux dont le rein est atteint: c'est surtout l'urémie. Pour l'éviter, il faudra préserver les malades du froid, leur faire ceindre les reins; prescrire un purgatif de temps en temps, et si les urines diminuent, administrer un ou deux purgatifs énergiques, et recourir à l'emploi des diurétiques.

Il faut encore essayer, sinon d'enrayer la lésion rénale, au moins d'en atténuer les progrès. Si le rein ne pèse plus que 60 à 80 grammes, comme c'est la règle dans ces cas, pouvons-nous prétendre le reconstituer? Mais nous avons sous la main un médicament précieux, qui agira non-seulement sur le rein, mais aussi sur les autres viscères souffrant de la même dystrophie. L'iodure de potassium est, en effet, un médicament trophique. Sans doute il est difficile qu'il agisse directement sur les tissus malades, car l'irrigation en est très diminuée, et surtout sur l'endartère qui est normalement déjà si peu vasculaire. S'il a quelque action, c'est peut-être par l'intermédiaire de ce même système nerveux qui était resté au-dessous de sa tâche, qui avait produit l'endartérite, et qui pourra redevenir un agent bienfaiteur sous l'influence du médicament. Ceci, n'est-ce-pas, n'est qu'une hypothèse; mais elle est séduisante, elle est même logique. D'ailleurs, j'en demande une meilleure. La merveilleuse action de l'iodure sur la gomme syphilitique peut être expliquée de la même façon; toujours est-il que l'iodure détruit la gomme par le même processus de régression qui la fait disparaître naturellement, et que cet effet régressif, qui met des semaines ou des mois à se produire quand on abandonne les choses à elles-mêmes, est obtenu beaucoup plus vite par le médicament. Il faudra aussi faire fonctionner la peau; les frictions sèches ou alcoolisées, les douches seront donc prescrites.

Quant au régime lacté, il fait merveille, mais à la condition d'être judicieusement employé. Il a ses indications: 1° quand l'urine diminue; 2° dans les crises d'urémie où le malade bénéficie à la fois de son action diurétique et de sa valeur comme aliment de digestion facile, alors que les autres sont rejetés par vomissement; 3° quand il y a des flots d'albumine dans l'urine. Mais une fois l'orage passé, le danger conjuré, l'hygiène suffit; la recommandation la plus importante est d'éviter le froid.

En thérapeutique, il faut, autant que possible, imiter les processus curateurs de la nature, et c'est à la seule condition que nous leur venions en aide que les malades guérissent entre nos mains. Considérez l'estomac d'un homme mort d'urémie: la muqueuse est plissée, ardoisée, couverte d'une couche épaisse de mucus, ulcérée quelquefois; celle du gros intestin est altérée aussi et souvent ulcérée. C'est que ce sont là les deux voies d'élimination des matières excrémentitielles dans l'urémie. Claude Bernard et Bareswill ont, en effet, trouvé du carbonate d'ammoniaque, provenant de la transformation de l'urée dans les vomissements des chiens dont ils avaient lié les uretères. Donc, ne pouvant neutraliser les poisons dans l'organisme, éliminons-les, et pour cela, le rein fonctionnant mal, ramenons sa secrétion par l'emploi des diurétiques ou excitons l'organe vicariant, le tube digestif. Mais faisons-le avec énergie, nous rappelant qu'il y a pour toute action thérapeutique, une dose nécessaire quand on veut obtenir tel ou tel effet. Prescrivons le lavement des peintres, l'huile de croton, les purgatifs drastiques. Une crise d'urémie, traitée mollement par un peu de lait et quelques laxatifs, dure un mois et plus, si le malade ne finit par succomber; elle est

conjurée en huit jours si l'on a su agir avec toute l'énergie que réclame une situation aussi grave.

(*A suivre.*)

REVUE GÉNÉRALE

CONSIDÉRATIONS SUR L'ARTHRITISME DANS SES RAPPORTS AVEC LE NERVOSISME.

Par Georges Lemoine (de Lille) et Huyghes.

Suite (1)

PARALYSIE GÉNÉRALE ARTHRITIQUE

A. *Pathogénie*: — La pathogénie de la paralysie générale est une de celles qui ont le plus vivement excité la curiosité des médecins aliénistes. Ils ont successivement incriminé les causes morales et les causes physiques et, après avoir vu dans la paralysie générale une maladie de l'idéation, ils y ont vu simplement une maladie organique du cerveau. Les théories faites sur la nature de la paralysie générale, depuis un siècle, ont nécessairement subi les mêmes fluctuations que les théories médicales elles-mêmes ; tour à tour, on a vu dans cette maladie le résultat d'un processus inflammatoire, d'un vice de la nutrition, d'une exagération fonctionnelle, d'une dégénérescence parenchymateuse, etc.; après avoir fait de la paralysie générale une entité morbide, on y a vu une collection de maladies cérébrales rapprochées par certains symptômes communs, mais différant radicalement au point de vue de l'étiologie, de la marche et de l'anatomie pathologique. Cette manière de voir, qui a été défendue par Lasègue, Pierret, Ball, Régis, n'est pas aujourd'hui encore admise par tout le monde, mais tend de plus en plus à s'imposer. C'est non seulement au point de vue étiologique que la paralysie générale paraît se dissocier, mais encore au point de vue des symptômes et de l'allure générale. Comme l'a dit M. Régis : « Les causes considérées jusqu'à ce jour comme les facteurs étiologiques les plus importants de la paralysie générale, alcoolisme, saturnisme, syphilis, n'ont en réalité qu'une action des plus secondaires sur le développement de cette maladie cérébrale, et le plus souvent, ce n'est point la véritable paralysie générale qu'elles déterminent, mais un état cérébral qui, tout en présentant le complexus symptomatique de cette affection, a une marche, des allures et un dénouement bien différents. »

Ceci revient à dire qu'il ne faut pas chercher à étudier une paralysie générale toujours identique à elle-même, mais des paralysies générales ; ni chercher une cause, mais des causes de cette maladie.

Là encore, nous croyons qu'on a fait fausse route. Chacun tend, en effet, lorsqu'il interroge un paralytique, à se contenter de la première cause qu'il lui donne de sa maladie, alcoolisme ou syphilis, ou saturnisme ou tout autre, et il est bien rare que l'on recherche s'il n'y a pas chez ce même individu une association de plusieurs processus pathogéniques. C'est en agissant ainsi que l'on a créé des paralysies générales alcooliques, syphilitiques, saturnines, séniles, etc., et qu'on a voulu faire de chacune une maladie bien différente de la voisine. On a trop voulu créer des cadres suffisamment compréhensifs pour y ranger les divers ordres de faits qui se rencontraient.

Cependant des observateurs ont compris qu'en agissant ainsi, on faisait fausse route, et se sont demandé si la paralysie générale n'était pas due, dans chaque cas en particulier, à l'action de plusieurs causes combinées plutôt qu'à l'action d'une seule. C'est ainsi que, dans sa thèse d'agrégation (1875), M. le Professeur Renaut (1) signale l'importance de la combinaison de l'intoxication saturnine et de l'alcoolisme : « Celui-ci, dit-il, est la plupart du temps l'adjuvant de celui-là. Un grand nombre de saturnins, sont buveurs, de telle sorte que les effets des deux intoxications se composent. On voit alors des accidents nerveux, les tremblements, l'albuminurie, la tendance en un mot à l'arrêt des échanges organiques se produire chez les alcooliques saturnins avec une grande facilité. C'est aussi chez ces derniers malades qu'on voit s'établir graduellement et succédant à la parésie générale, la paralysie générale progressive Il y a peu de choses à dire de cette forme saturnine de la paralysie générale.

Les aliénistes ne lui reconnaissent aucune particularité différentielle, digne d'être notée. On établit surtout cette forme par les anamnestiques et la recherche des accidents saturnins. »

Cette coexistence du saturnisme et de l'alcoolisme chez des paralytiques généraux, observée par Renant et par bien d'autres après lui, semble montrer, comme nous le disions il y a un instant, que, dans bien des cas, l'union de deux facteurs étiologiques est nécessaire pour produire cette maladie ; cela se conçoit sans peine du reste, quand on se rend compte de la façon dont naissent les accidents cérébraux dans le saturnisme en particulier.

Un saturnin élimine chaque jour une certaine partie du plomb qui est entré dans son organisme, de telle façon qu'une balance s'établit entre le plomb ingéré et le plomb excrété, empêchant ainsi une intoxication aiguë. Le malade peut donc renfermer en lui des quantités considérables de plomb sans en éprouver de malaises graves, car il élimine incessamment le surplus qui pourrait lui être nuisible ; la faible quantité de plomb éliminée journellement est la goutte d'eau qui pourrait faire déborder le vase si elle était retenue dans l'organisme. Tout va bien tant que les émonctoires fonctionnent, mais que le rein par exemple devienne malade, il cesse de suffire à sa tâche quotidienne, la rétention du plomb a lieu et un accident survient.

Sans même devenir malade, le rein peut avoir à éliminer un autre produit et, comme la quantité de matériaux qu'il peut laisser filtrer est en somme limitée, s'il permet la filtration de cette autre substance, il laisse passer moins de plomb que d'habitude ; la rétention saturnine s'opère et des phénomènes d'intoxication se montrent. C'est ce qui se passe, par exemple, lorsqu'un saturnin s'enivre ; ses reins occupés à éliminer l'alcool ne peuvent plus éliminer le plomb et son saturnisme peut devenir aigu. En règle générale, et pour sortir de l'exemple que nous empruntons à l'intoxication saturnine, il est permis de dire que les reins ne laissent pas volontiers passer plusieurs produits toxiques à la fois, sans ralentir leurs fonctions ou sans en subir un dommage sérieux ; pareilles choses se passent chez les goutteux et les divers arthritiques qui, ayant à éliminer de l'acide urique et autres produits de la désassimilation morbide, le font sans peine tant qu'ils ne donnent pas une autre tâche à leurs émonctoires. Un goutteux espace ses accès de goutte en observant une hygiène sévère tandis qu'il lui suffit parfois de boire un verre d'alcool pour avoir un nouvel accès.

Or, on sait combien les centres nerveux sont vite influencés par les produits retenus dans le sang, lorsque les reins fonctionnent mal ; ils éprouvent l'action nocive de ces substances

(1) Voir les numéros 8, 10 et 11.

(1) Renaut, thèse d'agrégation : *L'intoxication saturnine chronique*, Paris 1875.

bien avant les autres organes, il n'y a donc rien d'étonnant à ce que les individus qui sont habituellement intoxiqués par diminution d'activité rénale ou plutôt par surchage du travail rénal, finissent par voir se produire chez eux des altérations cérébrales durables. C'est ainsi que nous expliquons la fréquence plus grande de la paralysie générale chez les individus qui sont soumis à des intoxications multiples; lentement, ils s'intoxiquent d'une façon inconsciente; leurs cellules nerveuses s'imprègnent des produits nuisibles, fonctionnent plus difficilement, finissent par dégénérer en même temps que leurs vaisseaux sanguins. L'endartère est constamment irritée par les produits en dissolution dans le sang, elle s'épaissit et devient le point de départ d'une néo-formation conjonctive qui gagne de proche en proche dans le parenchyme voisin. Chez tous les paralytiques généraux, cette artério-sclérose a lieu, elle épaissit les parois des artérioles et des capillaires, empêche la diapédèse de se produire facilement et restreint par conséquent les échanges nutritifs entre le sang et les organes voisins; de là un ralentissement de la nutrition cérébale, qui vient s'ajouter à l'intoxication lente pour altérer le fonctionnement des centres nerveux.

En résumé, nous dirons : l'homme qui n'est soumis qu'à une seule cause d'intoxication, peut vivre de longues années avant d'en ressentir de mauvais effets et peut même s'accoutumer complètement à son poison habituel (nous ne parlons pas ici de la morphine, ni des autres poisons du même genre). Au contraire, celui dont le rein doit éliminer plusieurs toxiques à la fois, que ces toxiques se soient formés dans l'organisme ou y aient été introduits, résiste beaucoup moins longtemps que le précédent et voit se développer chez lui l'artério-sclérose et l'un ou l'autre des accidents qui en sont la conséquence. Où encore, un arthritique sobre, souffrira peu de son arthritisme, un arthritique ivrogne sera vite alcoolique; un homme exempt de diathèse pourra s'alcooliser longtemps avant de devenir alcoolique, un diathésique le sera rapidement.

Ces réflexions s'appliquent directement à l'étiologie de la paralysie générale, elles montrent quelle est l'importance d'une diathèse telle que l'arthritisme comme cause prédisposante. L'arthritisme, à lui seul, paraît peu capable de produire la paralysie générale, il le devient s'il se trouve associé à de l'alcoolisme ou à du saturnisme par exemple.

Ce que nous disons des intoxications peut aussi se dire des infections. Les maladies infectieuses et au premier rang, la syphilis se comportent de la même façon qu'elles. Tous les syphiligraphes ont noté la gravité particulière de la syphilis quand elle évolue chez un arthritique ou chez un alcoolique; la raison en est très probablement la même que celle que nous venons d'indiquer en parlant de l'alcoolisme et de l'arthritisme. La paralysie générale syphilitique est fréquente, mais la syphilis n'agit, là encore, que comme une cause occasionnelle qui ne développe toute sa puissance que si elle survient chez un prédisposé, arthritique ou alcoolique, ou autre; les observations de paralysie générale, où la syphilis est notée comme la cause unique de la maladie nerveuse, concernent presque toujours des sujets porteurs d'une autre tare héréditaire ou acquise.

L'arthritisme joue certainement un rôle des plus considérables dans le développement de ces paralysies générales dites toxiques ou infectieuses. Par le fait des tendances congestives encéphaliques qu'il provoque, par l'afflux sanguin qu'il produit souvent et d'une façon exagérée, il augmente les contacts entre les vaisseaux cérébraux et les poisons dissous et multiplie ainsi les causes d'endartérite. « Le paralytique a hérité de ses parents, dit Luys, d'une aptitude aux congestions cérébrales et dès lors le voilà engagé dans l'engrenage fatal. Les congestions répétées de son cerveau vont entretenir à l'état d'éréthisme permanent les cellules cérébrales trop fortement sollicitées par les mille ébranlements de la vie courante, et, à leur tour, ces éléments surexcités vont devenir, par action réflexe, de véritables centres d'appel pour les courants sanguins destinés à les nourrir. Et ce n'est pas tout. En vertu de ces nouvelles conditions de la circulation cérébrale, des troubles profonds vont se révéler dans le tissu même du cerveau. D'une part, cette distension permanente des courants sanguins va amener dans les gaines vasculaires, des obstructions circulatoires, des épaississements des parois, lesquels vont mettre un obstacle matériel à la nutrition des cellules cérébrales, et amener à bref délai leur mortification par ischémie. D'une autre part, les éléments de la névroglie, qui participent d'une façon si intime à la vie des éléments nerveux vont entrer à leur tour dans le cycle morbide, ils vont s'hypertrophier, se multiplier à l'infini et, par leur prolifération incessante, donner naissance à un tissu nouveau, véritable sclérose interstitielle qui va étouffer les éléments nerveux qu'elle était destinée à nourrir et créer ainsi des désordres incurables à marche fatalement progressive. » (Luys. *Du développement de la paralysie générale;* (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, avril 1880).

Nous n'avons à ajouter à cette étude pathogénique faite par M. Luys qu'une seule chose, c'est que l'action de l'arthritisme est bien plus puissante s'il est compliqué d'une intoxication ou d'une infection et nons considérons dans la paralysie générale arthritique deux facteurs :

1° Les congestions répétées et la surproduction de produits de désassimilation;

2° Une intoxication (alcool, plomb, etc.), ou une infection (syphilis, impaludisme, etc.)

On s'étonnera peut-être de voir que l'arthritisme porte ses efforts sur l'encéphale et provoque tout particulièrement des localisations de son côté, mais il faut se rappeler tout ce que nous avons dit, dans les chapitres précédents, sur les affinités qu'il y a entre lui et le nervosisme. Ce sont peut-être ces affinités qui font que l'arthritisme développe plutôt la paralysie générale, maladie à la fois organique et psychique, que d'autres affections purement organiques. L'idéation est troublée chez les arthritiques, leur intelligence et leur sensibilité ont une acuité maladive et la sphère psychique constitue par conséquent chez eux un point faible qui est le premier ébranlé. L'arthritisme occasionne des poussées congestives et des troubles intellectuels parmi lesquels la mélancolie tient la première place; or, la paralysie générale est toujours caractérisée par des poussées congestives semblables et la première modification qu'elle imprime au caractère est fréquemment la mélancolie. La forme mélancolique est, en effet, celle que nous avons le plus souvent rencontrée chez les paralytiques arthritiques, et c'est par une transition insensible, qu'ils passent de leur état habituel à l'état pathologique.

Les modifications physiques vont en s'exagérant de plus en plus, les modifications du caractère subissent une marche parallèle et c'est ainsi qu'un individu congestif et hypochondriaque peut devenir un paralytique général mélancolique et sujet aux attaques apoplectiformes.

(*A suivre.*)

REVUE DE THERAPEUTIQUE

LE REMÈDE DE KOCH DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS TUBERCULEUSES.

(*Suite*) (1).

XXIX. — SUR LA RECHERCHE DES BACILLES DE LA TUBERCULOSE DANS LE SANG A LA SUITE DES INJECTIONS DE TUBERCULINE, par le Dr KOSSEL (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1891, n° 12, p. 302.)

XXX. — SUR LE TRAITEMENT DE LA MALADIE D'ADDISON PAR LA TUBERCULINE, par le Dr WEBER (*Ibidem*, p. 303.)

XXXI. — UN CAS DE MÉNINGITE TUBERCULEUSE SURVENUE DANS LE COURS DU TRAITEMENT PAR LA LYMPHE DE KOCH. PONCTION DU VENTRICULE, par le Dr CASPERSOHN (*Ibidem*, p. 304.)

XXIX. — Dans une précédente revue (*Gazette médicale*, 1891, n° 5, p. 55), il a été question de recherches de M. Liebmann, ayant eu pour but de démontrer la présence des bacilles de la tuberculose dans le sang des malades traités par le remède de Koch. M. Kossel, sous la direction de M. P. Guttemann, a soumis ces recherches à un contrôle très minutieux; d'une part il a examiné les préparations qui lui ont été adressées par M. Liebmann, et il est arrivé à cette conviction que les bacilles de la tuberculose qu'elles renfermaient se trouvaient là accidentellement, qu'elles ne provenaient pas du sang tiré des veines superficielles des malades.

Les recherches personnelles faites par M. Kossel n'ont donné que des résultats négatifs, et cependant l'auteur a recueilli les échantillons de sang dans les délais indiqués par M. Liebmann, c'est-à-dire de huit à vingt-quatre heures après une injection de tuberculine. Pour plus de sécurité, les préparations étaient maintenues pendant vingt-quatre heures dans une solution de fuchsine phéniquée, avant d'être soumises à l'examen microscopique. Pour cet examen, l'auteur s'est servi du porte-objectif quadrangulaire de Zeisser, qui permet de fouiller en quelque sorte systématiquement la préparation examinée; or, pas une seule fois il a été possible de découvrir un bacille de Koch dans le champ d'une préparation.

M. Kossel est en train de poursuivre ses recherches.

XXX. — Déjà Pick et Lenhartz ont eu recours aux injections de tuberculine dans deux cas de maladie d'Addison. Pick a constaté que, chez son malade, les injections développaient une réaction générale, et une sensibilité à la pression dans la région lombaire. Chez le malade de Lenhartz, les 4 premières injections ont été suivies d'une réaction générale; après la cinquième, la malade est tombé dans une prostration inquiétante. La sixième injection a été suivie d'une amélioration persistante; à partir de là, d'ailleurs, les injections n'ont plus développé de réaction.

Chez le malade de Weber, les injections de tuberculine ont amené une aggravation de l'état général. Après la troisième injection, la malade, une jeune fille de 20 ans, a eu des vomissements bilieux, de violentes douleurs de ventre, une faiblesse du pouls telle qu'il a fallu recourir à l'administration des excitants.

La rate s'est tuméfiée. Le traitement avait été institué le 23 janvier; la malade a succombé le 21 février.

Seuls, les organes abdominaux ont pu être examinés. On n'a pas trouvé de nodosités miliaires. L'engorgement splénique était de date récente. Les deux capsules surrénales étaient augmentées de volume, de consistance accrue, bosselées, parsemées de noyaux de caséum. Le professeur Marchand, qui a examiné les pièces, s'est prononcé pour la nature tuberculeuse de ces lésions. Quant à M. Weber, il conclut que la maladie d'Addison constitue une contre-indication à l'emploi de la tuberculine.

XXXI. — L'observation de M. Caspersohn concerne un jeune homme de 18 ans, de souche tuberculeuse, qui, bien portant dans son enfance, avait eu les ganglions du cou engorgés à l'âge de 14 ans. Une partie de ces glandes avaient suppuré et s'étaient ouvertes au dehors, donnant lieu à des trajets fistuleux. A l'époque où le malade vint en traitement dans le service de M. Caspersohn, les trajets persistaient. D'une oreille à l'autre s'étendait un chapelet de glandes ulcérées. Le malade tenait sa tête inclinée à droite et fléchie en avant. Il évitait tout mouvement de la tête et de la colonne vertébrale. La moindre pression exercée sur le rachis, le moindre coup donné sur la tête était ressenti d'une façon douloureuse. Un abcès rétropharyngé, du volume d'un œuf de poule, gênait considérablement la déglutition. Sur la poitrine, au niveau de la seconde côte droite, le malade portait une ulcération de l'étendue d'une pièce de cinq francs environ, couverte de granulations.

L'examen des poumons et des autres viscères ne dénotait rien d'anormal.

Au mois de décembre 1889, on procéda à l'incision de l'abcès rétropharyngé, à l'extirpation des ganglions engorgés, avec raclage consécutif et cautérisation au thermocautère. Le malade fut muni d'un appareil destiné à immobiliser le cou. En l'espace de deux ou trois mois, on avait obtenu la guérison complète des lésions strumeuses de la région cervicale; il ne subsistait plus qu'une fistule située au bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien gauche, et qui allait aboutir au siège primitif de l'abcès retro-pharyngé, ainsi qu'on pouvait s'en convaincre par le cathétérisme. Malgré des tentatives répétées de greffe, on n'avait pas réussi à obtenir la cicatrisation de l'ulcération tuberculeuse.

Le 17 novembre 1890, le malade se fit réadmettre à l'hôpital; il portait à la cuisse gauche une volumineuse tumeur fluctuante: tuberculose du tissu cellulaire, ayant déterminé la formation d'un abcès colossal. L'abcès fut fendu, et on extirpa ensuite la membrane granuleuse. La plaie se cicatrisa par première intention. Le malade était dans un état très satisfaisant, il se disposait à quitter l'hôpital, lorsqu'on vint à parler du nouveau traitement de Koch. Le malade accepta de se soumettre à un essai. La première injection de tuberculine (2 milligrammes) eut lieu le 12 décembre. D'autres, à doses croissantes, suivirent à des intervalles de deux jours; la dernière, le 25 décembre, fut de la force de 5 milligr. Le 27 décembre, le malade se plaignit de maux de tête, d'anorexie, d'un malaise général. T. 38°,2; son état s'aggrava ensuite de jour en jour; il présentait les symptômes d'une méningite tuberculeuse. Le 6 janvier on tenta une intervention extrême, la trépanation du crâne avec ponction du ventricule latéral. L'opération réussit très bien. Le malade en éprouva un soulagement passager. Le soir il était mort. On n'a pas pu faire son autopsie, chose regrettable, car il eût été possible ainsi d'apprendre si la méningite préexistait à l'état latent, ou si son éclosion avait été provoquée par les injections de tuberculine, par suite du passage de *bacilli tuberculosi* dans le torrent circulatoire.

(*A suivre.*)

(1) Voir le numéro 4, 1891.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

L'ÉVOLUTION DU SYSTÈME NERVEUX, par BEAUNIS, professeur de physiologie à la Faculté de Nancy.

Faire en quelques pages un résumé rapide de l'évolution du système nerveux dans la série animale, et embrasser dans cette synthèse les formes multiples qu'il présente et les liens qui les unissent les unes aux autres, tel est le but de ce petit livre. A une extrémité de la série, une goutte de protoplasma ; à l'autre le cerveau humain et la pensée ; des transitions insensibles relient ces formes extrêmes, ce sont elles que l'auteur étudie. C'est chez les rayonnés inférieurs que le système nerveux fait son apparition ; il est d'abord constitué par un simple plexus nerveux qui réunit les cellules sensitives de l'ectoderme aux éléments moteurs, il prend un type central et radié chez les échinodermes, bilatéral ventral chez les arthropodes médian, dorsal chez les vertébrés. Dans cette transformation en types successifs, on reconnaît la loi de continuité démontrée par Darwin, loi que M. Beaunis défend en s'appuyant sur des faits précis.

C'est là un livre tout à la fois de science et de vulgarisation dans lequel on retrouve les qualités d'écrivain et de savant qu'on est habitué à rencontrer dans les ouvrages de M. Beaunis.

LES AGENTS PROVOCATEURS DE L'HYSTÉRIE, par le Dr GUINON.

L'hystérie se manifeste dans beaucoup de cas sous l'influence de certaines causes, dites agents provocateurs, parmi lesquelles on peut ranger : 1° les émotions morales, l'éducation, l'imitation ; 2° les shocks nerveux : traumatisme, choc de la foudre ; 3° certaines maladies générales ou infectieuses, fièvre typhoïde, pneumonie, scarlatine, rhumatisme articulaire aigu, diabète sucré, paludisme, syphilis ; 4° les causes débilitantes, hémorrhagies, surmenage, onanisme, anémie ; 5° les intoxications chroniques par le plomb, l'alcool, le mercure, le sulfure de carbone, etc. ; 6° certaines maladies nerveuses, ataxie, maladie de Friedreich, atrophie musculaire, mal de Pott.

Ces agents provocateurs ne jouent, par rapport à l'hystérie, que le rôle de causes occasionnelles. La vraie cause prédisposante de cette névrose est l'hérédité. Mais ils peuvent imprimer à l'hystérie un certain cachet qui varie avec chacun d'eux.

Ils agissent pour produire l'hystérie de deux manières distinctes, tantôt en provoquant un phénomène d'auto-suggestion chez le malade, tantôt en favorisant le développement d'un trouble de la nutrition générale et en particulier de la nutrition du système nerveux.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE QUELQUES ACCIDENTS SPINAUX CONSÉCUTIFS A LA PARALYSIE INFANTILE, par le Dr SATTLER.

L'existence dans la moelle d'un foyer de téphromyélite antérieure de l'enfance constitue une menace permanente pour l'avenir. Le sujet porteur de cette lésion, est, plus que tout autre, exposé à des affections spinales qui se développent surtout à l'époque de l'adolescence : Paraplégies passagères ; myélite aiguë à forme de paralysie spinale de l'adulte, atrophie musculaire progressive, etc. — La cause probable de ces manifestations réside dans la présence dans la moelle du foyer cicatrisé, qui joue le rôle d'épine irritante. Une cause variable peut le ramener à l'état inflammatoire et il devient alors le centre d'une nouvelle poussée de transformation conjonctive dans la moelle.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES POLYNÉVRITES, par Mme DEJERINE-KLUMPKE.

Sous l'influence d'agents infectieux ou toxiques on voit souvent se développer une névrite des nerfs périphériques, qui est ordinairement de nature parenchymateuse. Les nerfs malades sont d'autant plus altérés qu'on les examine en des points plus éloignés de la racine du membre ; la lésion s'atténue en remontant de la périphérie au centre, elle se rencontre rarement au niveau des racines médullaires. Cette névrite est de nature périphérique ainsi que le démontre l'intégrité complète des cellules motrices et des ganglions spinaux. On peut supposer que ces névrites sont le résultat d'une action irritante produite directement sur les nerfs, soit par un poison, soit par un ferment soluble d'origine microbienne. Quand la névrite est généralisée, elle peut évoluer : 1° dans les formes mixtes, avec des symptômes paralytiques et atrophiques, accompagnés de troubles sensitifs ; 2° dans les formes surtout motrices, avec les allures de la maladie de Landry ou de la paralysie spinale antérieure de Duchenne ; 3° dans les formes surtout sensitives avec des symptômes plus ou moins analogues à ceux de la sclérose des cordons postérieurs (pseudo-tabes). Quand la névrite est localisée, elle peut intéresser un membre ou un segment de membre, un ou plusieurs troncs nerveux ou un groupe musculaire.

La névrite périphérique est généralement curable ; cependant la mort peut survenir par extension de la paralysie aux nerfs phréniques ou pneumogastriques. Elle peut aussi laisser à sa suite une atrophie musculaire.

G. L.

BULLETIN

L'ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE DANS LES HÔPITAUX DE PARIS. — LA NOUVELLE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE. — TEXTE DE LA LOI.

Nous avons reçu de divers côtés, à propos de notre dernier *Bulletin* sur l'organisation de l'enseignement clinique dans les hôpitaux de Paris, des témoignages d'approbation qui nous montrent que l'opinion que nous avons exprimée est celle d'un grand nombre de confrères, qu'ils soient d'ailleurs désintéressés ou personnellement intéressés dans la question. Nous sommes convaincu qu'entre les partisans du système de M. Potain qui veulent tout subordonner à l'initiative et à la haute direction de la Faculté de médecine, et ceux qui poussent à la création d'une Ecole de médecine municipale, rivale de la Faculté, il existe une majorité considérable pour donner la préférence à l'enseignement collectif libre dont nous avons parlé, enseignement, nous le répétons, qui pourrait être subventionné par le Conseil municipal, comme toute œuvre d'intérêt public, sans pour cela entrer en hostilité ou même en rivalité avec l'enseignement officiel, dont il serait simplement, sur certains points l'émule et, d'une manière générale, l'utile et indispensable complément. Si l'on sait s'élever au-dessus des intérêts personnels ou collectifs et n'envisager que l'intérêt général, la solution que nous proposons est sans contredit la meilleure, car elle répond à tous les desiderata de l'enseignement clinique et peut être pratiquement réalisée quand on voudra, sans avoir à faire appel au budget de l'Etat et par conséquent à l'intervention des pouvoirs publics.

Nous n'insisterons pas davantage aujourd'hui et aimons mieux céder la plume à un de nos correspondants qui, médecin des hôpitaux, a pu suivre les débats de près, étudier, approfondir

la question, et peut ainsi l'apprécier en parfaite connaissance de cause.

Voici ce que nous écrit M. Variot :

Paris, le 23 mars 1891.

Mon cher directeur,

J'ai lu avec un vif intérêt l'article que avez publié dans la *Gazette médicale* du 21 mars sur l'organisation de l'enseignement libre de la médecine à Paris.

Vous faites remarquer, avec beaucoup de raison, que les médecins des hôpitaux, en adoptant le projet proposé par M. le prof. Potain, abdiquent leur indépendance ; j'ajouterai même qu'ils diminuent leur situation actuelle.

Il ne faut pas oublier que la Faculté de médecine de Paris fait partie du grand corps de l'Université, si admirablement hiérarchisée. Le personnel enseignant se compose des professeurs titulaires et des agrégés qui sont les chargés de cours tout désignés. Si les propositions de M. Potain sont accueillies par le Conseil de la Faculté, à quel titre pourra-t-on adjoindre les médecins et les chirurgiens des hôpitaux? Les agrégés se considéreront, à bon droit, comme lésés, si l'on place sur le même pied qu'eux des hommes qui n'auront pas subi le concours de l'agrégation ou qui auront affronté ce concours sans succès. — On ne pourra donc forcément attribuer aux médecins et chirurgiens des hôpitaux qu'une place de troisième ordre dans le cadre officiel, si, comme cela est peu probable, une entente parvient à se faire.

Une pareille situation est-elle acceptable pour des maîtres dont nous avons tous le nom sur les lèvres, et qui se sont acquis, par leurs travaux scientifiques et par leur enseignement libre, une réputation qui s'est étendue hors de Paris et même au-delà des frontières? Ces maîtres ont fait toute leur carrière en dehors de la Faculté de médecine, en utilisant les ressources de leurs services hospitaliers. Ils sont d'ores et déjà des professeurs libres des hôpitaux et, comme, jusqu'à présent, ils n'ont pas eu besoin de la Faculté pour suivre leur voie scientifique, il est invraisemblable qu'ils acceptent d'elle une position subalterne.

J'approuve complètement, mon cher directeur, la proposition que vous faites à la Société des hôpitaux de créer un enseignement collectif libre, autonome, non pas antagoniste de l'enseignement de la Faculté, mais simplement en concurrence avec lui.

Il serait bon, en effet, qu'une commission composée *uniquement* de médecins, de chirurgiens et d'accoucheurs des hôpitaux, étudiât les moyens les plus pratiques pour arriver à une solution dans ce sens. — Il ne faudrait pas que, dans cette commission d'étude, la Faculté fût représentée, car il me semble que les membres de l'école officielle ne peuvent que jeter la confusion dans les projets de l'enseignement libre.

Que s'est-il passé à la Société des hôpitaux, qui est composée mi-partie de membres de la Faculté, mi-partie de médecins indépendants, après les discussions suscitées par le travail de M. Huchard?

La Société a nommé une commission dans laquelle les hommes d'une autorité prépondérante appartenaient à la Faculté de médecine, et au lieu d'un rapport pour organiser l'enseignement libre, nous avons eu le très intéressant rapport de M. Potain qui veut tout rattacher et subordonner à l'enseignement officiel.

Tant que les médecins et chirurgiens des hôpitaux, unis par des vues et des intérêts communs, ne se grouperont pas pour discuter les questions qui les intéressent, on ne pourra pas espérer de résultat décisif. Cette scission nécessaire, dans les circonstances actuelles, ne serait que temporaire, cela va sans dire.

Vous proposez, cher Monsieur, comme exemple à la Société des hôpitaux, l'École d'anthropologie, qui s'est fondée après de grandes difficultés et qui, maintenant, fonctionne avec une grande indépendance. Cette École est seulement subventionnée par la ville de Paris et le Conseil municipal n'intervient en rien dans les programmes de ses cours.

Il ne nous manque qu'un Broca pour fonder notre École des hôpitaux, mais hélas, nous ne l'avons plus. Néanmoins, nous avons l'espoir de voir un groupement se faire parmi les médecins, chirurgiens et accoucheurs indépendants; ce groupe désignera un chef, car il en faut un à la tête de tout mouvement progressif.

L'École libre des hôpitaux sera toujours plus dépendante de la ville de Paris que l'École d'anthropologie, car l'enseignement de la médecine ne se fait que dans les services hospitaliers et ces derniers ressortissent à l'Assistance publique.

Jusqu'à ces dernières années, l'Assistance publique a tout fait pour la Faculté de médecine, qui est une institution de l'Etat, et rien, ou à peu près rien pour ses médecins ou ses chirurgiens. Le Conseil municipal est disposé à favoriser ceux-ci à leur tour; après avoir construit de beaux amphithéâtres et d'immenses laboratoires pour les cliniques de l'Hôtel-Dieu et dans bien d'autres hôpitaux, il veut aussi encourager les efforts du corps hospitalier libre qui a toujours fait de l'enseignement en grand seigneur, par amour de la gloire, sans rémunération.

Pourquoi ne pas profiter de ces bonnes dispositions du Conseil municipal de Paris?

Mais c'est l'argent des pauvres, a-t-on dit, qui sera prélevé sur le budget de l'Assistance publique, pour les professeurs libres des hôpitaux. Ma réponse sera bien simple : pourquoi la Faculté de médecine accepte-t-elle l'argent des pauvres pour ses cliniques?

Je pourrais citer un laboratoire qui touche une rétribution annuelle de dix mille francs. Rares sont les professeurs de la Faculté de médecine qui font construire, comme M. Guyon, à leurs frais, des amphithéâtres dont le prix dépasse 80.000 francs.

Telles sont, mon cher directeur, les réflexions que m'a suggérées la lecture de votre article. Si vous les croyez de nature à intéresser les lecteurs de la *Gazette médicale*, je vous prie de les publier.

Recevez, l'assurance de mes sentiments bien dévoués.

G. VARIOT,
Médecin des Hôpitaux.

— La loi sur l'exercice de la médecine qui, depuis plus d'un demi-siècle, a fixé l'attention et s'est imposée à l'étude, non seulement du corps médical, mais des pouvoirs publics, qui a vu naître et se succéder de si nombreux projets, depuis le congrès médical de 1845 et le rapport de M. de Salvandy à la Chambre des Pairs en 1847, jusqu'à nos jours, où l'initiative parlementaire, le Gouvernement, le Comité consultatif d'hygiène, l'Association générale des médecins de France, etc., semblent avoir rivalisé de zèle pour rédiger les propositions les plus propres à concilier tous les intérêts, la loi sur l'exercice de la médecine, disons-nous, étrangère à la politique, ne pouvait avoir le don de passionner la Chambre des députés. Et de fait, quand il s'est agi de la mettre à l'ordre du jour, l'un d'eux l'a qualifiée volontiers de « loi d'intérêt local ». Sans doute M. Langlet et l'honorable rapporteur, M. Chevandier, ont eu peu de peine à montrer qu'il s'agissait bien, entre toutes, d'une loi d'intérêt général : la Chambre l'a accueillie et discutée, néanmoins, avec une certaine indifférence, comme il arrive, en général, pour tout projet dont l'examen ne saurait mettre en éveil la division et la lutte des partis.

Quoi qu'il en soit, la loi, depuis si longtemps attendue par le corps médical, est votée par la Chambre et sera prochainement soumise au Sénat. Répond-elle à tous les vœux, à toutes les aspirations légitimes qui s'étaient fait jour? Il importe de s'en rendre compte avant que le Sénat soit appelé à délibérer, et c'est ce que nous nous proposons d'examiner. Nous mettons d'abord sous les yeux de nos lecteurs le texte même de la loi. Nous exposerons ensuite les réflexions qu'elle nous suggère, mais le défaut d'espace nous oblige à renvoyer cet exposé à un prochain *Bulletin*.

Dr F. DE RANSE.

Texte de la loi.

TITRE Ier. — SUPPRESSION DE L'OFFICIAT DE SANTÉ, MESURES TRANSITOIRES. — DENTISTES. — SAGES-FEMMES. — MÉDECINS REÇUS A L'ÉTRANGER.

Article premier. — Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat.

Art. 2. — Toutefois, les officiers de santé reçus antérieurement à la présente loi, et ceux reçus dans les conditions déterminées par l'article 4 ci-après, auront le droit d'exercer la médecine sur le territoire de la République.

Ils seront soumis à l'obligation de se faire assister par un docteur en médecine, hormis le cas d'urgence, dans les grandes opérations chirurgicales et obstétricales.

Un règlement d'administration publique en dressera la liste.

Art. 3. — Un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles un officier de santé pourra obtenir le grade de docteur en médecine.

Art. 4. — Les élèves qui, au moment de la promulgation de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'officiat de santé, pourront continuer leurs études médicales suivant les règles précédemment en vigueur, et obtenir le diplôme d'officier de santé.

Art. 5. — L'exercice de la profession de dentiste est interdit à toute personne qui n'est pas munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé ou d'un brevet de dentiste, délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'Etat et suivant un règlement d'études délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique.

Art. 6. — Le droit d'exercer la profession de dentiste est, par disposition transitoire, maintenu à tout dentiste, quelle que soit sa nationalité, justifiant, par la production de sa patente, d'une année d'exercice au jour de la promulgation de la présente loi.

Cette tolérance ne donne, dans aucun cas, aux dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent, le droit de pratiquer l'anesthésie.

Art. 7. — La dispense de brevet prévue par l'article précédent sera également accordée à ceux qui, étant présents sous les drapeaux au moment de la promulgation de la présente loi, justifieront d'au moins un an de pratique comme dentistes dans un régiment ou un hôpital militaire.

Art. 8. — Les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme de 1re ou de 2e classe délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant une Faculté de médecine, une École de plein exercice, ou une Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de l'Etat.

Le droit de continuer l'exercice de leur profession est maintenu aux sages-femmes de 1re et de 2e classe, reçues en vertu des articles 30, 31 et 32 de la loi du 19 ventôse an XI, ou des décrets et arrêtés ministériels ultérieurs.

Les unes et les autres auront le droit d'exercer leur profession sur tout le territoire de la République dans les conditions de la présente loi.

Art. 9. — Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans les cas d'accouchement laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine.

Il leur est également interdit de prescrire des médicaments, sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1873 et par les décrets qui pourraient être rendus dans les mêmes conditions, après avis de l'Académie de médecine.

Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et revaccinations varioliques.

Art. 10. — A partir de la promulgation de la loi, les médecins, les dentistes et sages-femmes venant de l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France qu'à la condition d'avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, ou de sage-femme, ou le brevet de dentiste, dans les conditions prévues aux articles 1, 5, 8.

Des dispenses pourront être accordées par le ministre, conformément à un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique. En aucun cas, elles ne porteront sur plus de trois épreuves.

Art. 11. — Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée, peuvent, sans avoir subi tous les examens, être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

Art. 12. — Les étudiants étrangers qui postulent le diplôme de docteur en médecine visé à l'article premier de la présente loi, sont soumis aux mêmes règles de scolarité et d'examens que les étudiants français.

Les diplômes et certificats d'études qu'ils ont obtenus à l'étranger peuvent être déclarés, par les autorités compétentes, équivalents aux diplômes exigés par les règlements pour l'inscription dans un établissement d'enseignement supérieur médical.

Art. 13. — Le grade de docteur en chirurgie est et demeure aboli.

TITRE II. — DISPOSITIONS GÉNÉRALES. — LE DOUBLE EXERCICE DE LA MÉDECINE ET DE LA PHARMACIE. — SYNDICATS MÉDICAUX. — MÉDECINS EXPERTS.

Art. 14. — Les docteurs en médecine, les officiers de santé, les dentistes et les sages-femmes sont tenus, dans le délai d'un mois à partir du jour où ils ont fait élection de domicile, de faire enregistrer leur titre à la préfecture ou à la sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement.

Le fait de porter son domicile dans un autre département, oblige à un nouvel enregistrement du titre, dans le même délai.

Ceux ou celles qui, n'ayant jamais exercé ou n'exerçant plus depuis deux ans, veulent se livrer à l'exercice de leur profession, doivent également, et dans les mêmes conditions, faire enregistrer leur titre.

Art. 15. — Il est établi chaque année dans les départements, par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes portant les noms et prénoms, la résidence, la date et les lieux de réception des médecins, des dentistes visés par les articles 5 et 6, et des sages-femmes.

Ces listes sont affichées chaque année, dans la première quinzaine de janvier, dans toutes les communes du département. Des copies certifiées en sont transmises aux ministres de l'intérieur, de l'instruction publique et de la justice.

La statistique du personnel médical existant en France et aux colonies est dressée tous les ans par les soins du ministre de l'intérieur.

Art. 16. — L'exercice simultané de la profession de médecin, de sage-femme ou de dentiste avec celle de pharmacien est interdit, même en cas de possession des titres conférant le droit d'exercer ces professions. Cette disposition n'a pas d'effet rétroactif.

Art. 17. — L'action des docteurs en médecine, des officiers de santé, des dentistes et des sages-femmes pour leurs honoraires se prescrit par cinq ans.

Les créances privilégiées sur la généralité des meubles, stipulées au troisième paragraphe de l'article 2101 du Code civil, y figureront désormais dans les termes suivants :

« 3° Les frais quelconques de dernière maladie, quelle qu'en ait été l'issue. »

Art. 18. — A partir de la promulgation de la présente loi, les médecins jouiront du droit de se constituer en associations syndicales dans les conditions de la loi du 21 mars 1884.

Art. 19. — Les fonctions de médecins et chirurgiens experts près les tribunaux ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine français ou naturalisés français.

Un règlement d'administration publique revisera les tarifs du décret du 18 juin 1811 en ce qui touche les honoraires et vacations des médecins, chirurgiens, sages-femmes, experts et interprètes, les frais de transport et de séjour et la qualité d'experts qu'ils doivent conserver devant les tribunaux.

Art. 20. — Tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu, sous les peines portées à l'article 26 de la présente loi, de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombés sous son observation et n'engageant pas le secret professionnel. La liste de ces maladies sera dressée par arrêté du ministre de l'intérieur, après avis conforme de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Un règlement d'administration publique fixera le mode de déclaration desdites maladies.

TITRE III. — EXERCICE ILLÉGAL. — PÉNALITÉS.

Art. 21. — Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, n'étant pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, ou qui, n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 6, 7, 8, 9, 10 et 13 de la présente loi, prend part au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique des accouchements et de l'art dentaire, soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires ou applications d'appareils;

2° Toute sage-femme qui sort des limites fixées à l'exercice de sa profession par les articles 7 et 8 de la présente loi;

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi;

4° Tout dentiste qui contrevient à l'interdiction édictée par le dernier paragraphe de l'article 6 ci-dessus.

Les dispositions du paragraphe premier du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades.

Art. 22. — Le délit d'exercice illégal de la médecine, de la chirurgie, de la pratique des accouchements ou de l'art dentaire, sera dénoncé aux tribunaux de police correctionnelle, à la diligence du procureur de la République.

Les médecins, dentistes, sages-femmes, les associatons de médecins régulièrement constituées, intéressés à la poursuite, pourront la provoquer et se porter partie civile.

Art. 23. — Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 fr. à 500 fr. En cas de récidive, l'amende sera de 500 fr. à 1,000 fr. Le coupable peut, en outre, être puni d'un emprisonnement de quinze jours à six mois.

L'exercice illégal de l'art des accouchements ou de l'art dentaire est puni d'une amende de 50 fr. à 100 fr. et, en cas de récidive, de 100 fr. à 500 fr. Un emprisonnement de six jours à un mois peut aussi être prononcé.

Art. 24. — Si l'exercice illégal de la médecine est accompagné d'usurpation du titre de docteur ou d'officier de santé, l'amende sera de 1,000 à 2,000 fr.; en cas de récidive, elle sera de 2,000 à 3,000 fr. et le délinquant sera, en outre, passible d'un emprisonnement de trois mois à un an.

L'usurpation du titre de sage-femme ou de dentiste avec exercice illégal de la profession, sera punie d'une amende de 100 à 500 fr. En cas de récidive, l'amende sera de 500 à 1,000 fr. et, en outre, la peine de l'emprisonnement de six jours à quinze jours pourra être prononcée.

Art. 25. — Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque fait précéder ou suivre son nom de la qualité de docteur en médecine sans en indiquer l'origine, à moins que ce titre ne lui ait été délivré par le gouvernement français.

Art. 26. — Le docteur en médecine ou l'officier de santé qui n'aurait pas fait la déclaration prescrite par l'article 20 sera puni par une amende de 50 à 200 fr.

Art. 27. — Quiconque exerce la médecine, l'art des accouchements ou l'art dentaire sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 14 de la présente loi, est puni d'une amende de 25 fr. à 100 fr.

Art. 28. — Pour tous les cas, il y a récidive lorsque, dans les cinq années antérieures, le prévenu a été condamné pour un des délits prévus et punis par la présente loi.

Art. 29. — L'exercice simultané de la médecine, de l'art des accouchements ou de l'art dentaire avec la pharmacie est puni d'une amende de 100 à 500 fr.

En cas de récidive, l'amende sera de 500 à 1.000 fr., et les délinquants pourront, en outre, être condamnés à un emprisonnement de quinze jours à trois mois.

Art. 30. — Tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de la justice, sous les peines portées à l'article 29.

Art. 31. — L'article 463 du Code pénal est applicable dans tous les cas prévus par les articles 21, 22, 24, 25, 26, 27 et 29 de la présente loi.

Art. 32. — La présente loi est applicable à l'Algérie et aux colonies, sans préjudice des dispositions spéciales édictées par les lois, décrets et règlements qui visent l'exercice de la médecine sur leurs territoires respectifs.

Art. 33. — Sont et demeurent abrogés : la loi du 19 ventôse an XI, l'article 27 de la loi de germinal an XI, le troisième paragraphe de l'article 2.101 du Code civil, le dernier paragraphe de l'article 2.272 du même Code en ce qui concerne seulement les médecins et généralement toutes les dispositions de lois et règlements contraires à la présente loi.

Art. 34. — La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine peuvent être prononcées accessoirement à la peine principale contre tout médecin, officier de santé, dentiste autorisé ou sage-femme qui est condamné :

1° A une peine afflictive ou infamante;

2° A une peine correctionnelle prononcée pour crime de faux, pour vol et escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 334 et 345 du Code pénal;

3° A une peine correctionnelle prononcée par une cour d'assises pour les faits qualifiés crimes par la loi.

En aucun cas, la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine n'est applicable aux crimes ou délits politiques.

Art. 35. — L'exercice de la médecine par les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine, dans les conditions spécifiées à l'article précédent, tombe sous le coup des articles 22, 23, 24, 25 et 26 de la présente loi.

NOUVELLES

Comité consultatif d'hygiène publique de France. — *Séance du 25 mars 1891.* — Au début de la séance, M. Brouardel rend compte des discussions qui ont eu lieu à la Chambre des députés, en ce qui concerne les projets et les propositions de loi relatifs à l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

Le Comité adopte les conclusions favorables des deux rapports relatifs à des projets d'adduction d'eau présentés par la ville de Givet (Ardennes) et de Lagny (Seine-et-Marne).

M. Brouardel entretient le Comité d'un ensemble de mesures proposées par la ville de Besançon pour prévenir et combattre les épidémies. Parmi ces mesures figure l'achat d'une étuve à désinfection à vapeur sous pression.

M. Ponchet soumet au Comité une question posée par M. le directeur du laboratoire municipal, qui désire savoir si l'on peut permettre la coloration des fruits confits au moyen de substances

dont l'emploi a été autorisé par une récente décision de M. le préfet de police pour la coloration des bonbons, des glaces et liqueurs.

Le comité répond affirmativement.

Facultés et Écoles des départements.

Faculté de médecine de Lille. — M. le Dr Phocas, agrégé, est chargé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, d'un cours complémentaire de médecine opératoire.

École de médecine d'Angers. — M. le Dr Mâreau, suppléant des chaires de chirurgie et de clinique obstétricale, et chargé d'un cours d'anatomie, est nommé professeur d'anatomie.

École de médecine de Tours. — M. le Dr Gilles est délégué, pour un an, à dater du 16 mars 1891, dans les fonctions du suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie et de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

Corps de santé de la marine. — NOMINATIONS. — *Au grade de médecin de 2e classe* : M. le Dr Keraudren, médecin auxiliaire de 2e classe — *A l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe* : MM. les Drs Gadet, Glérault, Hamont et L'Eost.

Congrès d'hygiène et de démographie de Londres. — Le ministre de l'intérieur vient d'instituer un comité chargé d'assurer la participation de la France au Congrès international d'hygiène et de démographie qui doit tenir sa septième session à Londres du 10 au 17 août prochain.

Ce comité est ainsi composé :

Président d'honneur. — M. Pasteur.

Président. — M. Brouardel.

Vice-présidents. — MM. H. Monod, Bergeron, Proust, Chauveau.

Secrétaires. — MM. Napias, A.-J. Martin, de Valbreuze.

Secrétaire adjoint. — M. Louis Vintras, à Londres.

Membres. — MM. Arnould, G. Ballet, Bechmann, Bérenger-Féraud, Bertillon, Bonffet, Bourneville, Chautemps, Chevallereau, Chevandier (de la Drôme), Colin (Léon), Cornil, Drouineau, Gibert, Girard, Grancher, Henrot, Ch. Herscher, Laborde, Lacassagne, Layet, Lereboullet, Levraud, du Mesnil, Netter, Nocard, Pamard, Peter, Peyron, Poincaré, Gabriel Pouchet, de Ranse, Rochard, Siegfried, Straus, Thoinot, Trélat, Vaillard, Vallin.

Assistance publique. — MM. Mesnet, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu ; Vidal, ancien médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Laboulbène et Féréol, anciens médecins de l'hôpital de la Charité, sont nommés médecins honoraires des hospices et hôpitaux de Paris.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille

L'anthropologie criminelle et la responsabilité médico-légale, par le Dr Emile Dortel, docteur de la faculté de médecine de Paris, etc. 1 vol. gr. in-8° de 180 p. — Prix : 4 fr.

La grippe et l'aliénation mentale, par Albert Lélédy docteur en médecine de la faculté de Paris, etc. 1 vol. gr. in-8° de 200 p. — Prix : 4 fr.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,

J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

COMMENTAIRE DE LA NOUVELLE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Projet discuté et adopté par la Chambre des députés, dans ses séances des 17 et 19 mars 1891, (Journal Officiel des 18 et 20 mars 1891 (1),

par le Dr F. de Ranse
et A. Léchopié, avocat à la Cour de Paris.

Nous avons reproduit, dans notre précédent numéro, le texte de la loi sur l'exercice de la médecine récemment adoptée par la Chambre des députés. Au lieu des simples réflexions que nous avions promis de présenter, nous avons été conduit à une étude plus approfondie et, grâce au concours de notre collaborateur, M. A. Léchopié, dont la compétence en matière de Droit médical est connue et appréciée de tous, c'est un commentaire aussi complet que possible de la nouvelle loi que nous soumettons à nos lecteurs.

Depuis près de cinquante ans que la revision de la loi de l'an XI était en vain réclamée, et après les ajournements successifs de tant de projets émanés du gouvernement ou de l'initiative parlementaire, l'expérience nous a appris combien il est long et difficile d'arriver à une réforme d'une législation défectueuse. Aussi importe-t-il à un haut degré, avant que le projet adopté par la Chambre des députés vienne en délibération devant le Sénat, d'en bien peser et d'en faire ressortir, soit au point de vue des intérêts professionnels, soit au point de vue de l'intérêt général, les avantages et les inconvénients.

(1) Deux décrets des 17 février et 17 mars 1891 ont désigné M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, et M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris et président du Comité consultatif d'hygiène publique de France en qualité de commissaires du gouvernement, pour assister les ministres de l'Instruction publique et de l'Intérieur, à la Chambre des députés et au Sénat, dans la discussion de ce projet de loi.

Historique. — Le décret du 18 août 1792, en supprimant les congrégations et les communautés laïques et religieuses, avait supprimé du même coup les 18 Facultés de médecine existantes et les collèges de chirurgie. La loi du 14 frimaire an III les remplaça par les Écoles de santé de Paris, Montpellier et Strasbourg.

Jusqu'en l'an XI on fit l'essai de la liberté absolue de la médecine. Les charlatans, les rebouteurs eurent seuls à s'en louer; ils exploitèrent la crédulité et l'ignorance des malades.

Les abus furent tels que le législateur dut y mettre fin. La loi du 19 ventôse an XI fut votée. Rompant avec le principe jusqu'alors respecté de l'unité du grade, elle créa deux ordres de médecins, les docteurs et les officiers de santé; les premiers devant être reçus dans l'une des 6 Écoles spéciales de médecine, et les seconds, par les jurys (1).

On a toujours songé à réformer la loi de l'an XI et il s'en est fallu de peu que, dès 1825, elle ne fût complètement modifiée.

La Chambre des pairs d'alors avait été saisie d'un projet de loi très étudié, préparé par les hommes les plus compétents et les plus distingués dans la science et qui fut sur le point d'être voté.

En 1833, la question reparaît et l'Académie de médecine nomme une commission dans laquelle siègent Dupuytren, Orfila, Velpeau.

En 1847, le ministre de l'Instruction publique, M. de Salvandy, présente un projet de loi qu'adopta la Chambre des pairs, par 108 voix contre 15, sur le rapport du comte Beugnot, mais qui ne put être discuté à la Chambre des députés à cause de la Révolution de 1848.

En 1871, MM. Naquet et Chevandier font une proposition de revision de la loi de l'an XI.

Le 6 novembre 1883, M. le Dr Chevandier et plusieurs de ses collègues remettent, sur le bureau de la Chambre des députés, une nouvelle proposition qui fut renvoyée à l'examen d'une commission spéciale au nom de laquelle M. Chevandier

(1) Aujourd'hui les établissements d'enseignement supérieur médical de l'État sont : 1o Les Facultés qui se subdivisent en *Facultés* de médecine au nombre de 3 (Paris, Montpellier, Nancy) et *Facultés mixtes* de médecine et de pharmacie au nombre de 4 (Bordeaux, Lyon, Lille, Toulouse); 2o Les Écoles secondaires comprenant actuellement 3 *Écoles de plein exercice* de médecine et de Pharmacie. (Marseille, Nantes, Alger); et 14 *Écoles préparatoires* de médecine et de pharmacie (Amiens, Angers, Arras, Besançon, Caen, Clermont, Dijon, Grenoble, Limoges, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Tours), parmi lesquelles il y en a 4 dites *réorganisées* (Caen, Reims, Rennes et Besançon), c'est-à-dire ayant reçu le droit de faire passer le premier examen probatoire et la première partie du deuxième examen de doctorat. Elles sont du reste toutes susceptibles d'être réorganisées. Ajoutons que, parmi ces 14 Écoles préparatoires, celle d'Arras a provisoirement cessé de fonctionner.

Enfin, il existe à Lille une *Faculté libre* de médecine créée conformément aux dispositions des lois des 12 juillet 1875 et 18 mars 1880 relatives à la liberté de l'enseignement supérieur. C'est, paraît-il, la seule Faculté où soit institué un enseignement spécial de l'art dentaire.

a fait un rapport suivi d'un projet de loi, à la date du 11 juin 1885.

De son côté, dès 1885, le gouvernement avait chargé le Comité consultatif d'hygiène publique de France (1) de préparer un projet qui a été déposé, par le ministre du Commerce et de l'Industrie, en 1886.

Depuis, de nouvelles propositions de loi furent encore déposées, notamment les 23 et 25 novembre 1889, par MM. Lockroy, Chevandier, David et par le gouvernement, et un nouveau rapport fut présenté à la Chambre, par M. Chevandier, dans sa séance du 27 octobre 1890. C'est sur ces propositions et ce rapport qu'a été voté, par la Chambre, le projet de loi actuel.

Modifications principales. — Les principales modifications apportées, par ce projet, à l'ancienne législation, sont les suivantes :

1° Suppression de l'officiat de santé ;

2° Réglementation de la profession de dentiste ;

3° Droit accordé aux sages-femmes de 2me classe et aux officiers de santé transitoirement maintenus, d'exercer leur profession sur tout le territoire de la République. — Promesse de réglementation des grandes opérations chirurgicales et obstétricales ;

4° Obligation pour les médecins, dentistes et sages-femmes étrangers qui voudront exercer en France, d'y obtenir le diplôme de docteur, le brevet de dentiste ou le diplôme de sage-femme ;

5° Autorisation pour les internes nommés au concours et les étudiants dont la scolarité est terminée, d'exercer la médecine en temps d'épidémie ou comme remplaçants de docteurs ou d'officiers de santé ;

6° Abolition du grade de docteur en chirurgie ;

7° Interdiction d'exercer la profession de médecin, sage-femme ou dentiste simultanément avec celle de pharmacien ;

8° Substitution de la prescription quinquennale à la prescription d'un an, pour les honoraires des docteurs, officiers de santé, sages-femmes et dentistes ;

9° Extension du privilège aux frais de la dernière maladie même non suivie du décès du malade ;

10° Droit pour les médecins de se constituer en associations ou syndicats professionnels, dans les conditions de la loi du 21 mars 1884 ;

11° Promesse de revision du tarif de 1811 ;

12° Obligation de déclarer les maladies épidémiques ;

13° Aggravation et extension des pénalités pour exercice illégal de la médecine, de la chirurgie, de la pratique des accouchements et de l'art dentaire ;

14° Suspension ou interdiction des médecins, officiers de santé, dentistes ou sages-femmes condamnés par la justice criminelle ou correctionnelle.

Enseignement. — A la différence de la loi de ventôse, le nouveau projet de loi ne régit en rien les questions d'enseignement. Il est vrai que les dispositions de la loi de ventôse, à cet égard, étaient elles mêmes remplacées et complétées par toute une réglementation administrative, plus ou moins légale d'ailleurs, au sujet de laquelle nous ne saurions que renvoyer à notre « code des médecins » qui la renferme en entier. Pour l'obtention du grade de docteur, par les officiers de santé, et même pour l'obtention du brevet de dentiste nouvellement institué, les articles 3 et 5 du projet spécifient que les conditions seront ultérieurement déterminées par un règlement d'études délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique.

En ce qui concerne les études pour le doctorat, pour l'obtention du grade de sage-femme et les études commencées pour l'officiat de santé, il y a donc lieu de continuer à s'en référer à la réglementation actuelle, jusqu'au jour prochain où elle aura été modifiée ; en effet, la commission a déclaré renoncer aux articles de sa proposition initiale revisant les conditions d'études, le gouvernement ayant assuré, de la façon la plus catégorique, que la question de revision du baccalaurat ès lettres et du baccalauréat ès sciences restreint, notamment, était sur le point d'aboutir. Voici d'ailleurs comment s'est exprimé à ce sujet le ministre de l'Instruction publique, M. Bourgeois, à la séance de la Chambre des députés du 17 mars 1891 : « Nous avons soumis, certainement vous ne l'ignorez pas, à la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique, tout un projet de réorganisation des études préparatoires à la médecine.

« Le baccalauréat ès sciences restreint a été supprimé ; un baccalauréat spécial dit « des sciences naturelles » doit être organisé. Cet examen sera de nature à procurer une préparation scientifique plus forte et plus efficace aux étudiants en médecine. Au lieu que les sciences qu'on appelle accessoires, la chimie, la physique, l'histoire naturelle soient enseignées à la Faculté, en prenant sur le temps consacré aux études véritablement médicales, elles le seraient à la Faculté des sciences. Quatre années seraient, par suite, consacrées aux études médicales proprement dites.....

« En outre, dans l'organisation même de l'enseignement de la scolarité médicale, notre pensée est de développer et d'étendre un des bénéfices qui sont aujourd'hui accordés à certaines catégories d'Écoles de médecine. Nous voulons tout d'abord étendre à toutes les Écoles de médecine une mesure qui a été considérée comme très favorable aux Écoles de plein exercice : je veux parler du droit pour les Écoles dont il s'agit de voir un jury de Faculté se transporter auprès d'elles pour y faire passer certains examens, ce qui dispense les élèves de se transporter au chef-lieu de la Faculté. Ce droit appartiendrait désormais à toutes les catégories d'Écoles médicales. Il est à remarquer, en effet, qu'une fois partis pour les Facultés, les élèves ne reviennent plus à l'École ; eh bien, dorénavant ils seront retenus dans les Écoles secondaires pendant tout le temps de leurs études. Voilà un ensemble de mesures qui aurait pour les Écoles secondaires des avantages certains et qui contribuerait à maintenir, à accroître leur clientèle... Nous devons prendre toutes les mesures nécessaires pour qu'elles ne soient pas atteintes par les effets du projet de loi en discussion... Le gouvernement pense qu'il y a lieu de les conserver et de les fortifier. Elles constituent, suivant nous, des foyers d'études supérieures qu'il serait regrettable de voir affaiblir ou disparaître.

« J'allais ometre de dire un mot sur un point qui a été touché dans l'amendement de M. Rey... encore qu'il n'ait pas trait directement à la question des Écoles secondaires. La partie de l'amendement de M. Rey à laquelle je fais allusion avait pour but la création d'un diplôme scientifique, dit doctorat ès sciences médicales. C'est là une question très intéressante ; mais M. Rey a pensé avec nous que le moment n'était peut-être pas très bien choisi pour la traiter, car la loi en discussion touche à l'exercice de la médecine et non pas à l'organisation de l'enseignement de la médecine. Notre honorable collègue a pensé que des titres scientifiques pouvaient être nécessaires, non pas pour exercer la profession médicale,

(1) La commission du Comité consultatif était composée de MM. Brouardel, *président*; Bergeron, Chatin, P. Dupré, Gallard, Gavarret, Grancher, Liouville, A.-J. Martin, Nicolas, Proust, Regnault et Vallin. Le rapport a été présenté au Comité par MM. Brouardel et A.-J. Martin.

mais pour arriver dans les Facultés, dans les établissements d'enseignement médical supérieur, à certaines situations élevées... J'ouvrirai volontiers une enquête auprès des Facultés, sur cette question intéressante. Il y a là une idée utile à suivre..... »

D'un autre côté, on lit dans le rapport présenté, le 27 octobre 1890, par M. Chevandier, au nom de la commission: « Préoccupé de l'existence des établissements d'enseignement supérieur médical de l'État autres que les Facultés, le gouvernement s'est ménagé, par la rédaction nouvelle de l'article premier, la possibilité d'étendre les droits, soit des Écoles de plein exercice, soit des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie... Il faut ajouter que l'obligation pour les dentistes... de subir leurs examens devant les établissements d'enseignement supérieur médical de l'État leur donnera de nouveaux éléments de vitalité... Les élèves reçoivent dans nos Écoles un enseignement très sérieux et d'autant plus profitable, qu'étant moins nombreux, ils sont plus rapprochés de leurs maîtres. Ce mouvement de décentralisation sera favorisé aussi par les conditions d'existence moins onéreuses en province et dans les villes de second ordre. D'autre part, le déclin rapide, depuis quelques années, du nombre des aspirants à l'officiat obligeait à ne plus compter sur cet élément d'existence des Écoles secondaires. Il fallait donc aviser aux moyens d'y appeler et d'y retenir plus longtemps les aspirants au doctorat. »

Enfin la commission du Comité consultatif d'hygiène publique, sur la question de l'enseignement, s'exprimait ainsi dans son rapport au Comité : « La commission vous propose de ne pas inscrire dans la loi les dipositions relatives à l'enseignement de la médecine. Les conditions d'études et de scolarité changent chaque fois que la science accomplit un progrès... Formuler dans une loi les dispositions jugées bonnes aujourd'hui serait condamner les générations qui nous suivront à une immobilité préjudiciable à l'instruction médicale. On ne comprendrait pas que le programme des études ne puisse pas être tenu journellement au courant de la science. On conçoit au contraire qu'une loi doit régir les conditions d'exercice de la médecine parce que les intérêts du corps médical et ceux de la société exigent sur ce point une certaine stabilité. »

En somme, on le voit donc, l'organisation actuelle de l'enseignement est maintenue, en principe, et si certaines modifications sont annoncées comme imminentes, elles ne porteront aucune atteinte à l'existence, au fonctionnement des Écoles secondaires que l'on ne songe au contraire qu'à développer et fortifier. Quant aux conditions d'études à exiger des officiers de santé qui voudront obtenir le grade de docteur, et des dentistes, on l'a déjà vu, les articles 3 et 5 du projet de loi s'en réfèrent à un règlement à délibérer ultérieurement en Conseil supérieur de l'Instruction publique. En attendant cette réglementation spéciale, les officiers de santé demeureront, à cet égard, sous l'empire de l'article 6 du décret du 20 juin 1878, *portant règlement pour l'obtention du diplôme de docteur*, ledit article ainsi conçu : « Les inscriptions d'officier de santé ne seront, en aucun cas, converties en inscriptions de doctorat pour les élèves en cours d'études ; cette conversion pourra être autorisée en faveur des officiers de santé qui ont exercé la médecine pendant deux ans au moins. » Une circulaire ministérielle, du 20 novembre 1878, interprétative du précédent décret explique que : « Ces praticiens devront, d'ailleurs, subir les épreuves complètes du doctorat. »

Le projet de loi adopté par la Chambre des députés est divisé en 3 titres et 35 articles qui ne paraissent pas toujours très heureusement ni bien logiquement coordonnés. Nous allons en commenter successivement, article par article, les diverses dispositions dont nous ferons ressortir les avantages et les inconvénients ou les lacunes, particulièrement en les rapprochant de la législation et de la jurisprudence antérieures, et aussi à l'aide tant de la doctrine que des travaux législatifs qui ont servi à la discussion et au vote du projet.

TITRE PREMIER. — SUPPRESSION DE L'OFFICIAT DE SANTÉ; MESURES TRANSITOIRES. — DENTISTES. — SAGES-FEMMES. — MÉDECINS REÇUS A L'ÉTRANGER.

ARTICLE PREMIER

Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement supérieur médical de l'État.

Enseignement. — Quant au mode d'enseignement, il n'y a qu'à s'en référer aux observations générales qui précèdent.

Suppression du doctorat en Chirurgie. — On verra plus loin que l'article 13 supprime le grade de docteur en chirurgie qui était d'ailleurs tombé à peu près en désuétude, les deux diplômes séparés donnant les mêmes droits. Ceux qui voulaient obtenir les deux diplômes de docteur en médecine et de docteur en chirurgie et réciproquement (cas extrêmement rare dans la pratique), devaient simplement subir un nouveau cinquième examen et une nouvelle thèse et payer les droits supplémentaires y afférents. N'eût-il pas été plus logique de réunir l'article 13 à l'article 1er?

La médecine et la chirurgie constituent les deux branches de l'art de guérir. Sous l'ancien régime il existait une démarcation profonde entre les médecins et les chirurgiens, même au point de vue de l'enseignement, puisqu'il était donné par les Facultés de médecine et les collèges de chirurgie; devenue à peu près insignifiante, légalement parlant, dans la législation moderne, cette démarcation était néanmoins reproduite par les termes mêmes des articles 1 et 2 de la loi de ventôse (1). Dans la pratique, la chirurgie et la médecine sont fréquemment exercées par des praticiens différents qui se spécialisent en fait. Il y a donc lieu de se demander si le premier article du projet de loi ne renferme pas une légère inexactitude, en ne parlant que de la médecine. Ne serait-il pas plus correct de dire : Nul ne peut exercer la médecine ou la chirurgie, s'il n'est muni d'un diplôme de docteur en médecine et en chirurgie ? Ce n'est là, il est vrai, que vaine querelle de mots sur laquelle il ne convient pas d'insister davantage.

Suppression de l'officiat. — Cet article 1er implique la suppression des officiers de santé que les articles 2 et 4 ne maintiennent que transitoirement. C'est le point saillant de la nouvelle loi et l'on peut dire que si, comme le reste du projet d'ailleurs, cette disposition n'a pas donné lieu à des flots de paroles à la Chambre, elle a fait couler des flots d'encre, et que ce n'est pas sans peine que l'accord a pu s'établir sur ce sujet délicat qui doit nous retenir un instant.

On lit dans le rapport présenté, en 1890, par M. Chevandier, au nom de la commission : « La loi de ventôse..... rompant avec le principe jusqu'alors respecté de l'unité du grade, créa

(1) Ces deux articles de la loi de ventôse sont ainsi conçus :
ARTICLE 1er. — *A compter du 1er vendémiaire an XII, nul ne pourra embrasser la profession de médecin, de chirurgien ou d'officier de santé, sans être examiné et reçu comme il sera prescrit par la présente loi.*
ART. 2. — *Tous ceux qui obtiendront à partir du commencement de l'an XII, le droit d'exercer l'art de guérir, porteront le titre de* **docteurs en médecine** *ou en* **chirurgie**, *lorsqu'ils auront été examinés et reçus dans l'une des six écoles spéciales de médecine, ou celui d'officiers de santé, quand ils seront reçus par les jurys....*

deux ordres de médecins..... Le législateur s'était décidé à créer l'officiat de santé dans le double but de régulariser beaucoup de situations acquises et de former un personnel médical qui répondît aux besoins des armées et des campagnes..... Ce ne fut pas sans regrets qu'on se résigna à créer deux ordres de médecins. Le rapporteur Fourcroy se lamenta sur l'impossibilité actuelle de réaliser ce desideratum l'unité du médecin..... Des efforts sont constamment tentés pour sortir d'un état de choses considéré comme transitoire et anormal. Dupuytren y échoue en 1811. En 1825 la suppression de l'officiat proposée par Chaptal est adoptée à l'unanimité par la commission de la Chambre des pairs et repoussée, à une faible majorité, par la Chambre des députés, sous les efforts de Cuvier. En 1833 l'Académie de médecine conclut à la suppression..... En 1847 la Chambre des pairs se prononce dans le même sens, en adoptant le projet de loi présenté par M. de Salvandy..... De ce résumé historique il ressort que l'officiat fut considéré, à toutes les époques, comme une institution caduque.....

« Chose intéressante à noter, parmi les signataires des pétitions demandant la suppression de l'officiat on rencontre un grand nombre d'officiers de santé. La déconsidération attachée à leur titre leur devient d'autant plus intolérable qu'elle ne diminue pas au fur et à mesure que les difficultés pour l'obtenir augmentent....., aussi leur nombre va-t-il chaque jour en décroissant et leur recrutement se trouve réduit aujourd'hui à 90 ou 100 par an, alors qu'il était de 250 à 300 jadis. En sorte que, si la question de recrutement devait prévaloir, il faudrait revenir en arrière, c'est-à-dire consentir à diminuer leurs connaissances pour en voir augmenter le nombre.

« Ce serait une monstruosité. Aussi, après avoir proposé de leur créer de nouvelles conditions d'existence, telles que la relégation obligatoire dans les localités les moins importantes, l'ancien ministre du Commerce, l'honorable M. Lockroy, a fait loyalement l'abandon de ce projet et, d'accord avec le Gouvernement actuel et avec la commission, il propose aujourd'hui l'unité de diplôme.

« La loi militaire du 29 juillet 1889 avait déjà sacrifié l'officiat de santé. Elle ne stipule en effet aucune dispense de service en faveur de l'étudiant visant l'officiat. Il aura à passer trois ans sous les drapeaux. Ce temps accompli, il sera trop tard pour commencer des études médicales. Il est à observer en outre que la loi du 29 juillet 1889 ne réserve pas même à l'officier de santé, en cas d'appel, le grade de médecin auxiliaire. Elle en fait une sorte d'infirmier ayant rang de sous-officier. En aggravant ainsi les conditions si dures faites aux officiers de santé, on les déconsidère. C'est le dernier coup porté à l'officiat. La loi militaire mise en vigueur, c'est à peine si son recrutement annuel sera de 40 ou 50 élèves. C'en est donc fini d'une institution qui eut sa raison d'être et qui devait nécessairement être absorbée par le doctorat le jour où elle s'en rapprocherait le plus. Aussi ne peut-il plus être question de la conserver, et faut-il aviser à d'autres moyens de recrutement du personnel médical. Déjà la faveur faite par la loi militaire aux étudiants pour le doctorat en augmentera le nombre, suivant la judicieuse remarque de M. David.

« Sur ce point capital; l'entente est faite entre les auteurs des diverses propositions, le rapporteur du Comité consultatif d'hygiène M. Brouardel doyen de la Faculté de médecine de Paris, le Gouvernement et la commission. Si quelques dissidences existent encore sur quelques dispositions transitoires, celle-ci n'en est pas moins heureuse de présenter à la Chambre une proposition longuement débattue, ayant aujourd'hui l'assentiment de tous ceux qui ont abordé l'étude de cette question.

« Depuis la loi de l'an XI, par des décrets successifs,.. on montre une exigence de plus en plus grande pour l'obtention du diplôme de second ordre... Depuis quatre-vingt sept ans, tous les gouvernements réalisent de constants efforts, pour rapprocher de plus en plus le médecin du deuxième ordre du médecin du premier... On a rétréci à ce point l'espace qui les sépare, qu'on peut en conclure que l'heure de la fusion est venue. »

La principale raison invoquée pour le maintien de l'officiat, par le Comité consultatif d'hygiène et par le gouvernement, avant de se rallier à l'opinion de la Commission, était la pénurie de médecins, notamment dans les campagnes.

A cela on répondait que le législateur de l'an XI, alors cependant que l'instruction des officiers de santé était encore absolument rudimentaire, n'avait pas osé les reléguer à la campagne, et qu'en outre il était injuste et anti-démocratique de diviser le pays en deux zones médicales, pour donner des médecins de premier ordre aux citadins et des médecins de second ordre aux paysans. A ce propos disons que M. Brouardel, dans deux rapports faits l'un en 1873 au nom du Conseil général de l'Association des médecins de France et l'autre au Comité consultatif d'hygiène, déclarait que, dans les campagnes, les officiers de santé étaient moins nombreux que les docteurs et que, comme ceux-ci, ils affluaient dans les villes où la clientèle s'offre plus nombreuse et plus riche. Le département de la Seine par exemple, ajoutait-il, compte un docteur sur 1,414 habitants et un officier de santé sur 15,296 habitants, tandis que le Finistère possède un docteur sur 6,554 habitants et un officier de santé sur 37,870 habitants; le remède à une telle situation réside dans l'organisation projetée des services d'assistance dans les départements.

Quant à la diminution du nombre des médecins, par toute la France en général, elle est incontestable, malgré une certaine tendance au relèvement accusée dans ces dernières années. Mais, des tableaux statistiques qui accompagnaient le projet ministériel de M. Lockroy, il résulte que la diminution porte exclusivement sur les officiers de santé, dont le nombre va chaque jour en décroissant, dans des proportions considérables, ce que l'on croit devoir attribuer particulièrement à la difficulté toujours plus grande des études, au peu de considération dont ils jouissent néanmoins, à la suspicion dans laquelle la loi continue à les tenir, en leur interdisant certaines opérations et en les confinant dans leur département, enfin à la préférence donnée aux docteurs non seulement par le public, mais encore par les diverses administrations, les bureaux de bienfaisance, communes, sociétés de secours mutuels, etc.

En 1847, lors de la discussion de la loi Salvandy, on comptait plus de 18,000 médecins, ce qui faisait dire au rapporteur d'alors : « Il y a quelques années, la notoriété publique et les plaintes des médecins signalèrent à l'attention du gouvernement l'encombrement de la profession médicale. » Aujourd'hui, le nombre des médecins n'est plus que de 14,000, sur lesquels on peut compter plus de 12,000 docteurs. En 1881, il existait en France 29,795 communes, sur 36,000 environ, où ne résidaient ni docteurs ni officiers de santé.

Les tableaux suivants, insérés dans l'exposé des motifs du projet du gouvernement, indiquent dans quelles proportions le nombre des docteurs s'est accru et celui des officiers de santé a diminué, de 1795 à 1889, par la délivrance des diplômes faite aux uns et aux autres durant cet espace de temps :

Docteurs.

Années.	Docteurs en médecine.	Docteurs en chirurgie.	Total.
1795 à 1808.....	2.519	93	2.612
1809 à 1818.....	3.045	128	3.173
1819 à 1828.....	3.843	57	3.900
1829 à 1838.....	3.236	31	5.267
1839 à 1848.....	4.070	11	4.081
1849 à 1858.....	4.181	8	4.189
1859 à 1868.....	4.129	7	4.136
1869 à 1878.....	5.344	»	5.344
1879 à 1889.....	6.808	»	6.808

Officiers de santé.

Années.	Nombre de diplômes.	Moyenne.
1803 à 1808.....	1.423	237
1809 à 1818.....	2 850	285
1819 à 1828.....	2.853	285
1829 à 1838.....	2.897	289
1839 à 1848.....	2 475	247
1846 à 1858.....	1.837	183
1859 à 1868.....	1.014	101
1869 à 1878.....	985	98
1879 à 1888.....	980	98

Par l'examen des tableaux ci-dessus, on voit que c'est en effet depuis 1854, époque de la suppression des jurys, c'est-à-dire depuis que les connaissances exigées des officiers de santé sont devenues plus difficiles, pour augmenter chaque jour, que leur nombre a sensiblement et progressivement décru.

Quant aux docteurs en chirurgie leur quantité a toujours été à peu près insignifiante et a fini par descendre à 7, dans la période décennale de 1869 à 1878, pour tomber depuis à zéro. La suppression de ce grade, qui a complètement cessé d'être brigué depuis plus de vingt années, s'imposait donc manifestement.

Mais on pourrait peut être se demander si, surtout après avoir reconnu qu'aujourd'hui l'instruction professionnelle des deux ordres de médecins est à peu près la même, le seul fait de la raréfaction des officiers de santé saurait constituer une raison de les supprimer dorénavant, car s'ils sont suffisamment instruits, ils pourront encore rendre, quel que soit leur nombre, des services à la société, sans que, d'autre part, il y ait désormais à redouter, de ce côté, une multiplication dangereuse on une concurrence nuisible. Il ne faut pas oublier non plus que, même à l'heure actuelle, d'après les statistiques officielles, ils sont presque tous établis dans les localités dépourvues de docteurs et assurent seuls le service médical dans 1,800 communes environ.

En ce qui concerne le nombre des étudiants en médecine, il résulte d'une très intéressante étude sur les Facultés françaises publiée dans la *Revue des Deux-Mondes* du 15 décembre 1889, par M. Liard, qu'il subit un mouvement ascensionnel prononcé, surtout depuis 1877, ce qui permet de se rassurer sur le recrutement du corps médical. En effet, tandis que, dans les Ecoles de droit, la progression est peu marquée, dans les Facultés et Ecoles de médecine, au contraire, alors qu'en 1869 il y avait 9.522 étudiants, on en comptait 17.630 en 1888, soit près du double.

Un autre argument mis en avant, pour le maintien de l'officiat, consistait à dire que le doctorat est d'un accès trop difficile et trop coûteux. A cet égard, il convient d'abord de répondre qu'en dehors des études littéraires et scientifiques préalables, les difficultés sont à peu près les mêmes pour tous, comme on l'a déjà dit, car actuellement on exige des uns et des autres : quatre années d'études, 16 inscriptions, un stage hospitalier et environ le même nombre d'examens portant sur des matières analogues; mais seuls les docteurs soutiennent une thèse. Quant aux droits à payer, ils sont, pour les docteurs, de 1.360 francs au total et pour les officiers de santé de 1.190 fr., une assez mince différence, comme on voit (1). Toutefois, ces derniers ayant le droit de faire leurs études en entier dans les Écoles de plein exercice ou dans les Écoles préparatoires, y trouvent une existence moins coûtense, sans compter qu'aux termes d'un arrêté ministériel du 12 mars 1841, pris en exécution d'une ordonnance du 13 octobre 1840, les trois examens de fin d'année sont gratuits dans les Écoles de plein exercice et préparatoires, ce qui constitue une diminution totale de 90 francs sur les frais de scolarité ainsi ramenées à 1.100 fr. A cet inconvénient, d'ailleurs, il est facile de remédier, soit en accordant des remises totales ou partielles de droits, soit en donnant des bourses, soit en ramenant, pour tous, les droits exigés pour le doctorat au chiffre de ceux actuellement perçus pour l'officiat, et en développant, de plus en plus, le pouvoir examinateur des Écoles de plein exercice et préparatoires, comme le gouvernement se propose de le faire encore, en vue d'accroître la clientèle de ces établissements secondaires.

A ce propos, il est à remarquer que la loi de ventôse an XI, dans son article 9, tout en permettant au gouvernement de fixer les frais d'études, par un règlement d'administration publique, prenait la fort sage précaution de spécifier que, pour le doctorat, ils ne pourraient excéder la somme totale de 1.000 fr. On voit que cette précaution a été vaine, et il y aurait lieu de se demander quelle est, au juste, la légalité des décrets du 20 juin 1878 et du 14 octobre 1879 notamment, qui ont dépassé ce chiffre et porté atteinte, par suite, aux dispositions d'une loi. Il convient d'ajouter toutefois que c'est une loi, celle du 26 février 1887, fixant le budget des recettes, qui a rétabli les droits d'inscriptions trimestrielles de 30 fr.

Si l'on avait à redouter sérieusement la pénurie de médecins, on pourrait d'ailleurs encourager l'exercice de la médecine par divers autres moyens, et particulièrement par la suppression de l'odieuse patente dont, depuis longtemps, nous avons demandé l'abolition, au moins pour les professions libérales, proposition que nous sommes surpris de n'avoir point vu reproduire par les défenseurs des médecins, n'eussent-ils même espéré aucune chance de succès. La patente que la Convention avait sagement abolie le 21 mai 1793, dont les médecins avaient encore été exonérés par la loi du 25 avril 1844, et qui ne leur a été appliquée que par la loi du 18 mai 1850, non seulement crée pour les professions libérales, une double contribution personnelle et mobilière que rien ne justifie et qui est en opposition avec le grand principe de l'égale répartition de l'impôt, mais en outre constitue une charge considérable et écrasante spécialement pour les jeunes qui peuvent être effrayés et arrêtés, sur sur le seuil même de la carrière, par la perspective peu séduisante de payer, durant les longues années d'attente, et si minime ou nulle que soit leur clientèle, à peu près les mêmes droits, en somme, que leurs aînés déjà arrivés. Nous demandons, à cet égard, une mesure générale, au moins pour toutes les professions libérales actuellement frappées, sauf à récupérer le déficit sur l'ensemble des autres contribuables.

Le chiffre global des patentes n'est, au demeurant, point si considérable. La contribution des patentes ne figure, en effet, à l'un de nos derniers budgets, que pour 106 millions (Algérie comprise), une bagatelle sur un budget de plus de 3 milliards.

(1) On trouvera le détail de ces droits dans notre *Code des médecins*, p. 30 et 40.

On peut admettre que, dans ces 106 millions, les patentes de nos 14,000 médecins actuels (qui, eux, ont déjà payé de forts droits de scolarité à l'État), ne figurent tout au plus que pour un seul misérable million. La réforme serait donc assez facile à réaliser. Pourquoi cette grave question de l'abolition de la patente, depuis si longtemps agitée, a-t-elle été laissée ainsi dans l'ombre par tons, y compris les intéressés, alors qu'une pareille occasion se présentait, alors que d'autres solutions bien plus étrangères à l'exercice même de la médecine (comme l'autorisation de se constituer en syndicats par exemple), ont été données? Faut-il attribuer ce mutisme à l'oubli ou à la crainte de l'insuccès? Nous l'ignorons. Ce n'est toujours pas cette circonspection qui a empêché de malicieux députés de s'écrier : C'est un projet d'intérêt local, ce n'est pas une loi sur la médecine, c'est une loi pour les médecins. Quoi qu'il en soit, la question existe et nous la posons!

Nous n'hésitons pas à le dire bien haut, ou plutôt à le répéter : dans une démocratie surtout, il est monstrueux de continuer à faire payer deux fois plus d'impôts par les travailleurs que par les oisifs!

Comment aussi longtemps tolérer, qu'alors que le rentier ou le fonctionnaire (ce dernier cependant déjà comblé d'avantages de toutes sortes) contribue pour 500 fr. par an, le médecin, dont la profession est souvent plus de dévouement que de lucre, soit astreint, pour un pareil local, à en payer 1,000! Comment garder un impôt qui, basé sur la valeur non des locaux professionnels mais aussi de ceux destinés à l'habitation personnelle, s'accroît, à mesure que la famille s'augmentant plus de place devient nécessaire à son chef pour la loger. En un mot c'est un impôt non seulement sur le travail, mais un impôt sur les enfants! Nous n'avons pas exagéré, une pure monstruosité! Voilà qui est de circonstance, en vérité, qui est opportun, démocratique et patriotique! Réformateurs, aux séduisantes promesses, l'occasion de vous montrer ne saurait être plus propice. A l'œuvre, on vous attend!

Pour en finir avec l'objection tirée de la difficulté des études et des dépenses qu'elles entraînent pour les candidats au doctorat, ajoutons que M. Chevandier, dans son rapport, fait remarquer que partout ailleurs en Europe, les études médicales sont plus longues, plus difficiles et plus coûteuses qu'en France où il estime que l'on reçoit le minimum d'instruction voulu. Partout en Europe également, ajoute-t-il, sauf en Portugal, l'unité de grade existe, et l'Angleterre est, aujourd'hui, le seul pays où l'exercice de la médecine soit demeuré libre, mais avec tendance à la réglementation comme aux Etats-Unis.

C'est en présence des diverses considérations ci-dessus exposées que la Chambre a voté la suppression de l'officiat.

Femmes-médecins. — A ces mots de l'article premier du projet : « *nul* ne peut exercer la médecine », M. Isambart, qui avait déposé de nombreux amendements au projet de loi, avait proposé de substituer ceux-ci : « *Personne* ne peut exercer ». Son but était de bien indiquer ainsi que l'exercice de la médecine n'était pas réservé aux hommes. A cette proposition, le rapporteur, M. Chevandier, a fait la réponse suivante devant laquelle M. Isambart s'est déclaré satisfait et a retiré sa proposition comme superflue : « Il n'est jamais entré dans les intentions de la commission de revenir sur ce qui se pratique actuellement. Aucune loi n'empêche une femme de se faire recevoir docteur en médecine. Il y a aujourd'hui un courant qui porte un certain nombre de femmes vers l'exercice de la médecine. Nous en sommes fort aises. »

La question n'était plus douteuse et c'était dans le même sens que nous nous étions prononcé depuis longtemps déjà. Deux arrêtés du préfet de la Seine des 17 janvier 1882 et 31 juillet 1885 ont même autorisé les femmes à concourir pour l'externat et l'internat des hôpitaux. Aujourd'hui leur droit se trouve consacré par le législateur lui-même.

(*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE

PNEUMONIE ET BAINS FROIDS

Par le Dr Paul SÉRIEUX,
Médecin-adjoint des asiles d'aliénés de la Seine.

En dépit des préventions et des préjugés, l'hydrothérapie, sous toutes ses formes (lotions, affusions, bains tièdes, bains froids), tend à prendre une place de plus en plus importante dans le traitement des formes graves de certaines maladies infectieuses. Bien que les partisans de cette méthode aient eu des précurseurs dès le XVIIIme siècle, c'est surtout dans ces trente dernières années que la pratique des bains froids a pris de l'extension et que, grâce aux efforts de Brand et de ses disciples, elle a été appliquée d'une façon systématique par les uns, étudiée par les autres, non sans défiance d'abord, pour être enfin adoptée avec telle ou telle modification par nombre de médecins de différents pays.

Nous laisserons ici de côté tout ce qui a trait au traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, pour résumer rapidement les opinions émises tout récemment sur les résultats des bains dans quelques maladies infectieuses et plus particulièrement dans la pneumonie.

Nous donnerons ensuite deux observations de pneumonie très grave, que nous avons traitée avec succès par l'eau froide, et nous terminerons par quelques mots sur les indications de cette méthode d'après l'expérience de M. Henri Barth, et d'après les principes généraux si judicieusement formulés par le professeur Peter à propos du traitement des typhoïdiques par les bains, principes généraux qui restent applicables, croyons-nous, au cas particulier que nous étudions.

De récentes discussions à la Société médicale des hôpitaux ont montré combien l'emploi des bains, dans les états infectieux hypertoxiques, gagnait chaque jour de partisans, et combien aussi cette pratique comptait de succès à son actif dans les cas les plus désespérés. Pour M. Rendu (1), le meilleur traitement des fièvres éruptives, c'est de les tremper dans l'eau froide. Le professeur Dieulafoy rapporte (2) une observation de rougeole maligne avec hyperthermie, pouls entre 120 et 150, collapsus, anurie, guérie par des bains à 25°. M. Juhel-Renoy a traité avec succès par les bains froids deux cas de rougeole avec broncho-pneumonie. M. Duponchel, dans un cas de rougeole grave avec hyperthermie, pouls faible, dépressible, rapide, obnubilation intellectuelle complète, a vu les accidents s'amender considérablement grâce aux bains à 22°. M. Cadet de Gassicourt les emploie dans les états adynamiques infectieux. Dans une seconde communication de M. Dieulafoy (3), on voit les accidents adynamiques d'une rougeole maligne disparaître à la suite de bains à 24°, d'un quart d'heure de durée, plusieurs fois répétés. « Le bain froid fait reparaître les urines. C'est là une des actions les plus constantes et les plus

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 20 juin 1890.
(2) *Société médicale des hôpitaux*, séance du 9 mai 1890.
(2) *Société médicale des hôpitaux*, séance du 20 juin 1890.

favorables des bains froids dans toutes les maladies adynamiques. » (Dieulafoy.)

La pneumonie n'est plus aujourd'hui, grâce aux travaux de Fürgensen (1874) et à ceux plus récents de Friedländer, Fränkel et Talamon, la phlegmasie simple *a frigore* du poumon, mais une maladie spécifique et infectieuse causée par le développement dans le poumon d'un microbe qui peut, de là, infecter tout l'organisme.

Cette conception moderne de la pneumonie l'assimile aux affections générales dans lesquelles nous avons vu réussir les bains; de là à s'expliquer qu'on puisse lui appliquer, au moins dans ses formes infectantes, le traitement par l'eau froide, il n'y a qu'un pas. Aussi bien l'empirisme avait, ici comme ailleurs, précédé la théorie et dès 1850 Vogel (de Berne) baignait ses pneumoniques. En Allemagne de nombreux médecins suivaient la même méthode. Voyant dans la fièvre la cause prochaine de tous les désordres fonctionnels, Liebermeister, Fismer, Fürgensen, par une déduction logique d'une théorie évidemment trop exclusive, ne visent qu'un but : c'est de soustraire du calorique au patient. L'hyperthermie, voilà l'ennemi, et pour la combattre ils plongent le fébricitant dans l'eau froide. Ne redoutant que la fièvre, c'est dans la température qu'ils trouvent les indications des bains. « Dès que la température dépasse 39° dit Fürgensen, il y a lieu d'employer le bain froid ». L'eau doit être d'abord à 22°, puis être refroidie jusqu'à 16°. Prêchant d'exemple, Fürgensen fait prendre à sa fille âgée de 19 mois des bains dont il abaisse la température jusqu'à 3°,6.

Les résultats sont des plus satisfaisants : d'après Liebermeister la mortalité générale par pneumonie, qui s'élevait à la clinique de Bâle au chiffre de 26,5 pour 100, s'est abaissée à 16 pour 100 après l'introduction de la nouvelle médication (1). D'après Mayer les bains froids auraient fait tomber la mortalité de la pneumonie de 24 pour 100 à 8, 8 pour 100 (2). MM. d'Espine et Picot (de Genève) attribuent aux bains froids de remarquables succès dans des cas de bronchopneumonie avec prédominance de la fièvre et de la dyspnée, dans la pneumonie franche chez les enfants (3). Mais, moins théoriciens que les Allemands, ils voient dans l'action de l'eau froide autre chose que l'abaissement de la température. « Les bains, disent-ils, favorisent les forces expiratrices et par leur action révulsive décongestionnent les organes thoraciques... les craintes exprimées par quelques praticiens contre l'emploi des bains dans la pneumonie nous paraissent chimériques. » Si le bain tiède ne suffit pas, ils le font suivre d'une affusion froide.

Chez une petite fille de 4 ans atteinte d'une pneumonie cérébrale à forme typhoïde, d'une extrême gravité, les auteurs précédents ont vu l'état comateux disparaître après chaque bain tiède. M. Henri Barth, dans son article paru en 1888, regrette que l'on n'ait pas fait sur ce point d'expériences décisives : « Le traitement par l'eau froide semblerait en effet bien indiqué dans les cas où il y a fièvre et délire dès le début, sans ataxie et sans adynamie trop précoces... mais, dit l'auteur, l'opinion publique est contraire à cette méthode, et il semble à la plupart des médecins que ses avantages ne sont pas assez grands pour compenser les risques qu'elle fait courir. »

A cette époque nous avions déjà recueilli notre premier cas de pneumonie très grave traitée par l'eau froide et suivie de guérison (1887). Deux ans plus tard nous observions un second cas de pneumonie adynamique traitée par les bains avec succès.

Il nous faut arriver jusqu'en 1890 pour voir la question du traitement de la pneumonie par les bains faire l'objet d'une expérimentation plus vaste, et pour entendre vivement recommander cette méthode à la tribune de la Société médicale des hôpitaux.

Le professeur Dieulafoy (9 mai 1890) déclarait qu'en présence d'une pneumonie à forme infectante il n'y avait pas à hésiter à employer les bains froids. M. Rendu affirmait s'être bien trouvé des bains dans la pneumonie et avoir obtenu, chose rare chez des adultes, la défervescence au 5e jour. M. H. Barth, dans une très intéressante communication, montrait l'erreur des Allemands qui ne veulent voir dans la médication par l'eau froide autre chose que le fait matériel d'une soustraction de calorique. Nous verrons, dans le cas que nous avons observé, que cette diminution de température est par elle-même insignifiante. Le bain froid, d'après M. Barth, agit surtout sur l'appareil respiratoire qu'il décongestionne, sur le cœur et sur le système nerveux qu'il stimule, sur les glandes salivaires et sudoripares, sur l'appareil rénal (disparition de l'anurie). Sur 7 malades très gravement atteints traités par les bains, un seul a succombé. Juhel-Renoy a de même employé avec succès l'eau froide dans 12 cas de pneumonie ou de fièvre typhoïde avec pneumonie.

Dans notre premier cas, que nous avons observé avec notre excellent collègue d'internat, le Dr Houcix de la Brousse, il s'agissait d'une pneumonie double avec pleurésie, péricardite, hyperthermie constante, phénomènes ataxo-adynamiques, delirium tremens fébrile, pouls très fréquent, dyspnée intense. Malgré la gravité des symptômes locaux et la malignité de l'affection, sous l'influence des bains, on vit s'amender les troubles hypertoxiques et guérir une malade dont l'état avait pu, non sans quelque raison, être jugé désespéré.

OBSERVATION. — Louise Dup... âgée de 18 ans, est entrée en septembre 1887 à l'asile de Villejuif, service du Dr Marcel Briand. C'est une hystérique dégénérée qui a fait plusieurs tentatives de suicide et qui depuis deux ans a des habitudes alcooliques.

Le 21. Elle est prise de frisson, elle éprouve une vive douleur au niveau des insertions du diaphragme du côté gauche. Vomissements. Quintes de toux sans expectoration. Température à 4 heures du soir, 40°, 3. Pouls 108. Auscultation négative. La nuit, délire violent : propos incohérents, illusions et hallucinations de la vue (elle voit des flammes, ne reconnait plus ceux qui l'entourent). Tremblement.

Le 22. T. M., 39°; T. V., 40; pouls, 140. Vomissements verdâtres. Rien à l'auscultation.

Le 23. Dyspnée intense. Submatité à la base du poumon gauche. Agitation, délire. T. M., 39°,9; T. V., 40°,5. Ventouses scarifiées.

Le 24. Epanchement dans la plèvre gauche (souffle doux, égophonie, pectoriloquie aphone, matité, diminution des vibrations); une ponction à l'aide de la seringue de Pravaz donne un liquide séreux. La pointe du cœur est déviée à droite. Frisson. Sueurs abondantes. T. M., 40°,9; T. V., 40°,5. Sulfate de quinine : 1 gramme Pot. de Todd.

Le 25. Prostration extrême. Rougeurs des pommettes. Expectoration rare, visqueuse. Bruits du cœur lointains (Epanchement du péricarde). A droite, signes physiques d'une pneumonie (râles crépitants, submatité). T. M., 41°; T. V., 40°1; pouls 132. Sulfate de quinine.

Le 26. Souffle tubaire à droite. Etat profondément adynamique. Suffocation. Cyanose des joues et des extrémités. Par intervalles, agitation, délire. Râles sous-crépitants fins à gauche, en avant. T. M., 39°8; T. V., 40°,9. Piqûre d'éther. Traitement tonique : alcool, etc.

(1) Henri Barth. Art. PNEUMONIE. *Dict. encyclopéd. d. sc. méd.*
(2) Dujardin-Baumetz. *Leçons de clinique thérap.*, 1882, t. II.
(3) D'Espine et Picot. *Manuel des maladies de l'enfance*, Paris, 1884.

Le 27. État toujours très grave. Agitation nocturne : « des bêtes viennent la manger, il y a des hommes à deux têtes autour de son lit... je brûle... il y a du feu... mes mains sont comme de l'ouate ». Refus d'aliments. Photophobie. Inégalité pupillaire. Adynamie persistante ne permettant pas l'expectoration. T. M., 39°,5; T. V., 41°,4; pouls, 132. Depuis cinq jours la température est presque constamment au-dessus de 40°. Dans la soirée l'état général s'aggrave, la cyanose s'accentue; tremblement des lèvres, des mains. On redoute une mort prochaine.

Trois bains de 10 minutes sont alors donnés à 9 heures du soir, à 23°, à 1 heure du matin et à 7 heures du matin (18°). Chaque bain est suivi d'une amélioration de l'état général : la température prise avant et après le bain ne baisse que dans des proportions minimes, de 1 à 4 dixièmes de degré. — Mais le 28, deux heures après le troisième bain, la température comparée à celle de la veille a baissé de 2 degrés (39°,2). La prostration est beaucoup moindre, les troubles nerveux se sont amendés, l'alimentation est possible, la lucidité reparaît. A droite disparition du souffle; râles crépitants de retour. A gauche souffle tubaire intense. Cœur déplacé; bruits lointains. Dans le courant de la journée un nouveau bain est donné, la température, de 41° avant le bain, tombe à 40°3 après, T. V., 39°,8; pouls, 88; R., 44.

Le 29. T. M., 38°, 3; T. V., 38°, 8.

La figure est souriante; les phénomènes inquiétants des jours précédents ont disparu. La malade réclame un nouveau bain; elle dit avoir sommeil. Pouls 88, R. 28. Persistance de la pleurésie gauche.

Le 30. T. M., 38; T. V, 38° 8.

Le 31. État général excellent. Température normale. Guérison.

Nous avons observé, en 1889, un autre cas de pneumonie grave dans lequel les bains produisirent un excellent résultat. Il s'agissait d'un homme d'environ 35 ans, dont l'état général laissait depuis longtemps à désirer. L'obnubilation intellectuelle était prononcée, il y avait de la courbature, une diarrhée continuelle; les phénomènes adynamiques étaient tellement accentués que nous pensions au début avoir affaire à une fièvre typhoïde. En deux jours l'état du malade s'était aggravé au point qu'il était considéré par les confrères qui nous assistaient et par nous-même comme désespéré : Pneumonie gauche — stupeur, réponses inintelligibles, hyperthermie, dyspnée, cyanose de la face et des extrémités, diarrhée, pouls fréquent. En présence d'une situation aussi menaçante, nous proposâmes des bains à 22° répétés trois fois dans la journée et le lendemain. Les résultats en furent des plus satisfaisants au point de vue des fonctions circulatoires et respiratoires : les troubles généraux, l'adynamie, qui avaient un moment fait porter un pronostic des plus fâcheux disparurent, et le malade guérit sans complications.

Nous avons tenu à donner ces observations déjà anciennes, l'attention étant actuellement attirée de nouveau sur cette méthode de traitement. Quelque heureux qu'en aient été les résultats, il ne saurait cependant être question ici d'une médication uniforme et inflexible. Baigner toue les pneumoniques serait une exagération inutile et intempestive. La réfrigération, dit M. Henri Barth, doit rester une méthode d'exception, applicable dans certaines formes graves.

M. le professeur Peter, à propos du traitement des typhoïdiques, avait déjà bien mis en lumière ce fait que le bain froid doit être donné, non d'une façon systématique et continue, mais suivant les indications. « Ce n'est pas, dit le savant clinicien de Necker, l'hyperthermie qui fait le danger de la maladie ni le délire, puisque les troubles nerveux peuvent exister sans hyperthermie ou bien ne pas se montrer malgré l'hyperthermie... l'indication suprême des bains froids c'est la gravité des troubles nerveux et leur persistance ». Notre observation nous a montré la vérité de cette autre remarque du professeur Peter que l'abaissement de la température est produit tardivement, après le deuxième ou troisième bain, « non par soustraction du calorique actuel, mais par non production de calorique exagéré, et cela par le fait du retour à l'équilibre dans l'état fonctionnel des centres thermogènes ».

On voit combien la conception française du traitement de la pneumonie par l'eau froide diffère de la conception allemande. L'une est un système rigoureusement appliqué, l'autre une ressource dans les cas extrêmes; l'une obéit à des lois égales pour tous, l'autre s'adapte aux mille variétés de la clinique, se conformant ainsi au vieil aphorisme qu'il n'est point de médication de la pneumonie, mais qu'il y a un traitement des pneumoniques. L'application de la méthode hydrothérapique est d'ailleurs variable elle-même avec chaque malade. M. Henri Barth recommande, avant de donner le bain, de rechercher si le cœur, les vaisseaux, les centres nerveux sont en état de les supporter. (Fürgensen avoue que sa méthode appliquée dans toute sa rigueur expose à des accidents de collapsus.) Les bains sont donnés toutes les quatre heures (le bain de 3 heures du matin étant supprimé). Si l'on craint des accidents, commencer par des bains tièdes (28° à 30°), puis refroidis de 22° à 18°; faire une injection sous-cutanée de caféine avant le bain, une piqûre d'éther après. Sinon on peut débuter d'emblée par des bains à 18° ou à 20°, en donnant avant et après le bain un grog et du vin chaud. (H. Barth.)

REVUE GÉNÉRALE

CONSIDÉRATIONS SUR L'ARTHRITISME DANS SES RAPPORTS AVEC LE NERVOSISME.

Par GEORGES LEMOINE (de Lille) et HUYGHES.

(*Suite et fin*) (1).

B. *Symptomatologie.* — Peut-on décrire une paralysie générale arthritique à côté des autres paralysies générales déjà connues? Nous n'osons nous prononcer sur ce sujet, car nos observations sont encore trop peu nombreuses pour nous le permettre. Nous considérons du reste, ainsi que nous venons de le dire, l'arthritisme, comme constituant le terrain sur lequel une autre semence doit être jetée presque nécessairement pour produire la paralysie générale, et non pas comme la cause essentielle de cette maladie. Par conséquent, la paralysie générale d'origine arthritique sera bien souvent encore mise à l'actif de la syphilis, de l'alcoolisme, de la misère physiologique, ou de toute autre cause, plus facile à déceler que l'arthritisme.

Très vraisemblablement, ces causes secondes impriment à la maladie une marche toute particulière, en rapport avec leur processus et donnent naissance à des symptômes derrière lesquels disparaissent ceux que pourrait engendrer la diathèse arthritique.

Il y a cependant des cas où l'arthritisme paraît être capable d'être à lui seul la cause de la localisation encéphalique. Il s'agit là de malades chez lesquels, malgré toutes les recherches, on ne trouve aucune autre origine de la paralysie générale qu'un tempérament profondément modifié par l'imprégnation arthritique.

Là c'est elle seule qui paraît être mise en cause, et la

(1) Voir les numéros 8, 10, 11 et 13.

maladie dépourvue de tout élément symptomatique étranger, revêt une allure assez particulière, en rapport avec la marche habituelle de la diathèse et qui permet de jeter les bases d'une description de la paralysie générale arthritique.

Une telle description est évidemment fort hasardée et fort prématurée, aussi nous ne tenterons même pas de la faire; nous nous contenterons seulement de mettre en relief certains caractères spéciaux que nous avons observés chez des paralytiques généraux où l'arthritisme paraissait seul être en cause.

Le plus souvent, le début des accidents cérébraux est indiqué par une phase d'hypochondrie qui se montre avant tout autre symptôme, qui peut durer un temps fort long et persister alors que des troubles de la motilité sont déjà survenus. Cette hypochondrie initiale peut s'installer de deux façons différentes : tantôt elle survient très insidieusement, avec lenteur, et n'est guère que l'exagération d'une tendance antérieure à la tristesse; tantôt au contraire, elle survient brusquement, atteint d'emblée son maximum d'intensité, apparaissant alors à l'occasion de contrariétés morales diverses. Dans le premier cas, la maladie marche avec une grande lenteur et une transition insensible se fait entre l'état sain et l'état pathologique, tandis que dans le second, le sujet passe rapidement de la santé à la maladie, et cette dernière prend une marche beaucoup plus rapide. Cette fréquence de la mélancolie chez les paralytiques entachés d'arthritisme s'explique par cela même que leur caractère est depuis longtemps empreint d'hypochondrie comme l'est, en général, celui de tous les individus frappés de cette diathèse. Dans bien des cas, cette hypochondrie n'est pas délirante. Le malade voit tout en noir, s'inquiète de tout, mais avec une apparence de raison et ce qu'il dit est après tout vraisemblable. L'observation suivante qui a trait à un des malades étudiés par l'un de nous en est un exemple.

M. X..., 38 ans, industriel. Son père est mort de la goutte; lui-même a présenté de bonne heure des signes d'arthritisme, il a eu à l'âge de 15 ans, une poussée d'eczéma qui, guérie une première fois, récidiva pendant plusieurs années de suite; il fut de tout temps enclin à l'hypochondrie, mais sans cependant avoir en ce défaut de caractère porté à l'excès. Il est marié et a trois enfants.

Il y a deux ans, il eut une première atteinte de colique néphrétique qui se répéta l'année dernière. Au mois de janvier 1890, il eut une dernière poussée d'eczéma limitée au pli du coude et au jarret, il l'avait encore quand, au mois de mars, il éprouva un léger revers industriel; brusquement, il tomba dans une dépression très grande, déclarant que ses affaires étaient irrémédiablement compromises et qu'il ne se sentait pas l'énergie nécessaire pour les relever. Cet accès de mélancolie, que l'on crut d'abord devoir être passager, persista pendant deux mois sans autre trouble intellectuel. Il est à noter que l'eczéma avait disparu tout au début de cette phase hypochondriaque. A la fin de mai, survinrent de l'embarras de la parole, de l'inégalité pupillaire et du tremblement.

La phase de mégalomanie ne se montra pas, la mélancolie alla en croissant, les idées délirantes apparurent et une démence paralytique survint très vite qui emporta le malade à la fin d'octobre.

Dans d'autres cas, après avoir ouvert la marche, l'hypochondrie disparaît pour faire place aux idées de satisfaction et même à de la mégalomanie, mais celle-ci est assez rare.

La paralysie arthritique évolue assez rapidement, probablement parce qu'elle amène très vite une dépression physique considérable, qui empêche l'alimentation et l'exercice et hâte l'apparition de la démence paralytique.

Tandis que les paralytiques ordinaires sont le plus souvent des malades assez doux et satisfaits de tout, les arthritiques ont parfois des accès d'excitation et de fureur qui durent quelques heures, deux jours au plus. M. Lemoine a noté que pendant ces accès, le pouls devenait plus plein et plus rapide et la face vultueuse et pense qu'ils coïncident avec une poussée congestive vers l'encéphale. Pendant leur durée, le malade peut être dangereux et déploie une force physique qui étonne d'autant plus, qu'elle se montre chez un individu habituellement déprimé et affaissé. L'accès passé, la dépression revient plus accentuée qu'auparavant.

Comme on devait s'y attendre, les congestions locales jouent un grand rôle chez ces paralytiques et influencent d'une façon intéressante la marche de la maladie. Elles ont bien souvent un effet dérivatif des plus heureux et, quand elles se produisent avec une certaine intensité sur un organe ou sur des tissus éloignés des centres nerveux, elles réussissent parfois à diminuer, pour un temps, la gravité des manifestations cérébrales.

Quand, au contraire, elles disparaissent brusquement, leur disparition coïncide souvent avec une recrudescence du mal. Dans l'observation qui précède, le début même de la paralysie générale se fit en même temps que disparaissait une éruption cutanée. On pourrait presque dire sans trop s'écarter de la vérité, qu'il se produit comme une sorte de balance entre les accidents nerveux, et les accidents périphériques. Toujours congestif, l'arthritique paralytique n'est presque jamais sans présenter une congestion locale quelconque; tant mieux pour lui si elle se montre sur la peau, le foie ou les reins, tant pis si elle se produit vers le cerveau ou même vers le poumon. La poussée congestive pulmonaire s'accompagne toujours en effet de manifestations psychiques; nous les avons notées chez les simples arthritiques, nous les retrouvons aggravées chez ceux qui sont devenus paralytiques généraux. Il serait intéressant de vérifier si les rémissions qui s'observent quelquefois, se voient de préférence chez les sujets arthritiques; nous le supposons, mais nous ne pouvons le prouver; disons seulement qu'un des rares cas de rémission dans la paralysie générale que nous ayons observés à l'Asile de Bailleul concerne une malade arthritique sortie de l'Asile le 11 mai 1889; cette malade est actuellement encore en état de rémission et ne présente que des symptômes physiques qui restent stationnaires.

Il était à supposer que les attaques apoplectiformes seraient fréquentes dans la paralysie générale arthritique car elles sont intimement liées à l'état des vaisseaux et de la circulation. Chez de tels prédisposés, les congestions cérébrales peuvent atteindre une intensité plus grande que chez les autres paralytiques et provoquent facilement des accidents apoplectiques. C'est par eux que fréquemment ces malades meurent. Ils sont dans certains cas annoncés par de fortes migraines ou par une céphalée intense, et une médication dérivative énergique peut les faire avorter.

Au point de vue psychique, nous l'avons dit, les paralysies arthritiques sont ternes; peu d'idées ambitieuses, peu de délire, peu d'exubérance, rien en un mot de ce qui rend ces malades amusants à entendre parler.

Ils sont tristes, poursuivis par des idées mélancoliques, déprimés et dépourvus absolument de tout ressort moral.

Dans ces conditions les perturbations physiques se montrent vite. Les troubles causés par la perturbation fonctionnelle du grand sympathique se montrent de bonne heure; puis la paresse des mouvements, l'incoordination motrice, l'ataxie fibrillaire et la difficulté de la parole ne tardent guère à se montrer. Tous ces symptômes sont plus précoces que dans les

autres formes de paralysie générale ; leurs caractères sont les même ici qu'ailleurs, c'est leur allure qui est différente. Ceci implique pour la maladie une gravité particulière et une marche rapide, il est important de faire cette remarque, car elle permet d'établir un pronostic assez précis.

Peut-être le traitement, quand il aura été convenablement réglé, sera-t-il un peu plus efficace chez ces arthritiques que dans les autres cas, jusqu'à présent nous n'avons pu nous faire aucune idée bien nette à cet égard. La thérapeutique rationnelle doit consister dans l'emploi des agents dont on se sert habituellement pour l'arthritisme, les alcalins sous leurs diverses formes, l'arsenic et les sulfureux. Toutefois, comme les manifestations locales de la diathèse ont ici une grande importance, il faut songer avant tout à les produire, là où elles peuvent être sans danger, et même être utiles ; on devra donc chercher à rappeler ou à étendre les manifestations cutanées et on ne combattra pas les congestions locales lorsqu'elles se produiront vers les viscères abdominaux. L'objectif sera ici de faire avant tout de la médication dérivative et de protéger les centres nerveux, même aux dépens des autres organes.

REVUE DE THERAPEUTIQUE

LE REMÈDE DE KOCH DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS TUBERCULEUSES.

(*Suite*) (1).

XXXII. — RECHERCHES CLINIQUES SUR LA VALEUR DIAGNOSTIQUE DE LA LYMPHE DE KOCH, par le Dr E. LEYDEN. (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1891, n° 12 et 13.)

XXXIII. — EXPÉRIENCES FAITES AVEC LA TUBERCULINE SUR DES BOVINS TUBERCULEUX, par MM. GUTMANN, DELVOS, STICKER, RŒKL, SCHUTZ ET EGGELING (*Berliner tierärztl, Wochenschrift*, 1891, n° 2, 4 et 6 et *Archiv. für animal Nahrungsmit*, 1891, n° 4. — Analysé *in Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1891, n° 24, p. 286.)

XXXII. — Dans une communication à la Société Hufeland de Berlin, le professeur Leyden a exposé les résultats de ses observations personnelles, concernant la valeur diagnostique de la lymphe de Koch. Voici comment conclut Leyden :

La tuberculine exerce une action spécifique sur les processus tuberculeux, c'est-à-dire que, sauf de rares exceptions, les malades en puissance de la tuberculose réagissent à des doses relativement faibles de tuberculine; dans la plupart des cas, la réaction est à la fois générale, se traduisant par une fièvre intense, et locale, par de la douleur, de la tuméfaction, etc.

Quant au point de savoir si cette réaction doit être considérée comme un signe d'une valeur diagnostique sûre, il comporte des réserves, en ce sens que, d'une part, des sujets manifestement tuberculeux ne réagissent pas toujours, et que d'autre part, dans des cas où il n'y a point de processus tuberculeux appréciable, les injections de tuberculine provoquent une réaction fébrile. Le diagnostic gagne en sécurité, lorsqu'avec la réaction générale coïncide une réaction locale, caractérisée par de l'engorgement ganglionnaire, du catarrhe des sommets, etc. Mais cette réaction locale fait défaut dans des cas de tuberculose avérée des poumons, des ganglions lymphatiques, des os, alors que la réaction fébrile se manifeste.

Ce qui restreint encore la valeur diagnostique de la tuberculine, c'est le fait de la coexistence possible de la tuberculose et d'une autre affection en cours d'évolution, d'une tumeur carcinomateuse par exemple. Ainsi dans le cas d'une tumeur ganglionnaire, on peut hésiter entre le diagnostic de carcinome et celui de tuberculose. On fait une injection de tuberculine, il se produit une réaction fébrile, mais qui est en rapport avec un foyer latent de tuberculose, qui n'a rien à voir avec la tumeur ganglionnaire. M. Leyden a observé un fait de ce genre, où il a été impossible de trancher la question de diagnostic. Il en a été de même dans un autre cas où il s'agissait de savoir si un foyer de pérityphlite était ou non en rapport avec une ulcération tuberculeuse de l'intestin.

Enfin il y a lieu de tenir compte de ce que, dans des cas de tuberculose latente, la réaction ne commence à se manifester que lorsque depuis un assez long temps déjà on a recours aux injections de tuberculine ; donc, si on avait interrompu l'expérience avant ce moment, on aurait été entraîné à conclure qu'il n'y avait pas de tuberculose en jeu.

Bref, M. Leyden estime que les injections de tuberculine n'ont qu'une valeur limitée, pour ce qui concerne le diagnostic des affections tuberculeuses internes, valeur moindre que celle de la recherche des bacilles spécifiques dans les crachats.

Il y a lieu de se demander, d'autre part, si les injections de tuberculine, pratiquées dans un but diagnostique, sont absolument inoffensives, s'il n'y a pas d'inconvénient à y recourir chez des sujets non tuberculeux. Les faits sont là, qui démontrent que souvent les injections entraînent des suites fâcheuses, qui, il est vrai, se dissipent une fois qu'on suspend l'expérience. Mais n'y a-t-il pas à craindre des accidents plus durables? Cette question s'impose, depuis qu'on sait que la lymphe de Koch contient parfois des bacilles spécifiques. Sans doute Koch et ses collaborateurs nous affirment que, d'après ses recherches, ces bacilles sont dans un état qui les rend inaptes à végéter et à provoquer la tuberculose. Le médecin n'en doit pas moins avoir présent à l'esprit l'éventualité possible d'une tuberculose communiquée à un sujet sain, par le moyen des injections de tuberculine. C'est ce qui a rendu M. Leyden très réservé dans l'emploi de ces injections, chez les sujets simplement suspectés d'être tuberculeux.

Une dernière question est de savoir si les malades retirent quelque utilité des injections de tuberculine pratiquées dans un but diagnostique. La chose est pour le moins douteuse dans la majorité des cas. Chez ceux qui sont des tuberculeux avérés, l'emploi des injections est superflu pour qui n'envisage que la question de diagnostic. Ceux qui réagissent aux injections, sans qu'un foyer de tuberculose vienne au jour, sont tout au plus jetés dans un état d'incertitude cruel. Quand un foyer de tuberculose, latent jusque-là, vient à se révéler, on peut se demander s'il n'eût pas mieux valu pour le sujet qu'il restât dans l'ignorance d'une lésion passée inaperçue jusque-là. Enfin quand, chez un sujet suspecté d'être tuberculeux, la réaction consécutive aux injections de tuberculine fait défaut, pour être sûr que la tuberculose n'est pas en jeu il faudrait recommencer l'expérience pour le moins tous les quatre ou six mois.

La conclusion finale de M. Leyden est que, dans l'intérêt des malades, il faut restreindre le plus possible l'emploi des injections de tuberculine, pratiqué dans le but de trancher la question de diagnostic.

XXXIII.—Voici, d'autre part, des expériences faites sur des animaux de grande taille, dans des conditions telles que les résultats obtenus sont propres à nous éclairer sur les effets de la tuberculine chez l'homme.

(1) Voir les numéros 4 et 13, 1891.

M. Gutmann a injecté la tuberculine à trois vaches tuberculeuses, aux doses respectives de 0,1, 0,2, et 0,3 ; la lymphe était diluée dans 3 cc. d'eau distillée. La réaction fébrile est survenue onze heures après l'injection ; elle a duré quatre heures chez le premier animal, neuf heures chez le second, dix heures chez le troisième, et son intensité comme sa durée était proportionnelle à la dose de tuberculine injectée. La température maxima a été de 40°, chez la première vache, de 40°,8, chez la seconde, de 41°,7 chez la troisième. Chez la première on fit, trois jours plus tard, une seconde injection, trois fois plus forte, à la suite de laquelle la température corporelle de l'animal n'atteignit pas la hauteur à laquelle elle s'était élevée précédemment.

Durant le stade de réaction fébrile, la respiration était à la fois accélérée et plus difficile ; l'appétit était diminué.

Des injections de tuberculine, à la dose de 0,3 cc., pratiquées sur deux animaux sains, n'ont pas provoqué la moindre réaction.

Un autre vétérinaire, M. Delvos a injecté 0,2 cc. de tuberculine à une vache suspectée de tuberculose, pour trancher la question de diagnostic. Au bout de treize heures la température de l'animal s'éleva de 38°,4 à 39°,5 ; l'animal avait perdu l'appétit. Chez une autre vache saine, servant de sujet de contrôle, une injection de tuberculine de même dose ne produisit pas la moindre réaction fébrile.

M. Sticker a fait des injections de tuberculine à quatre vaches tuberculeuses, 1 cc. de la solution de lymphe à 1 0/0. Chez deux de ces animaux, la température corporelle s'est élevée au bout de neuf heures, de 39°5, à 39°,9, chez une troisième vache à 40°, au bout de sept heures ; en même temps la zone de matité correspondant à l'infiltration tuberculeuse avait diminué d'étendue des deux côtés. Chez la quatrième vache, les choses se sont comportées un peu différemment ; le diagnostic portait : tuberculose pulmonaire bilatérale, avec pleurésie gauche circonscrite adhésive ; catarrhe bronchique diffus, mastite tuberculeuse. Six heures et demie après l'injection, la température corporelle de l'animal s'était élevée à 41°. La respiration était devenue plus bruyante ; la zone de matité, qu'on constatait en avant, des deux côtés, avait gagné en étendue ; la sécrétion muco-purulente qui se faisait par le nez avait augmenté. L'appétit avait diminué ; la quantité de lait fournie par l'animal dans les vingt-quatre heures était tombée à quatre litres ; ce lait contenait des bacilles de la tuberculose en très grand nombre ; l'urine était alcaline, dépourvue d'albumine. La vache fut sacrifiée deux jours après l'injection. L'autopsie a démontré que l'animal était tuberculeux. De plus, le tissu interstitiel des poumons était le siège d'une infiltration œdémateuse, qui rendait compte de la gêne respiratoire présentée de son vivant par l'animal. L'auteur est tenté d'attribuer à cet œdème interstitiel une signification curative ; l'œdème ramollirait les foyers caséeux avoisinants et les mettrait en rapport avec les processus vitaux de l'organisme.

Deux vaches saines, injectées par M. Sticker, n'ont pas présenté de réaction consécutive.

Enfin MM. les professeurs Roekl, Schütz et Eggeling, à la demande de l'office sanitaire impérial, ont fait les expériences suivantes :

Deux vaches qui présentaient les signes cliniques de la tuberculose pulmonaire, diagnostic dont l'exactitude a été confirmée plus tard par l'autopsie, ont subi des injections de tuberculine. Chez les deux animaux, la réaction fébrile (40°,3 et 40°9) est survenue au bout de onze heures ; on a noté en outre une réaction passagère au siège de la piqure : rougeur, douleur et tuméfaction. Chez une autre vache saine, une injection de tuberculine n'a provoqué ni réaction générale, ni réaction locale.

Ces expériences doivent être continuées sur une plus vaste échelle. Une question importante est de déterminer la dose minima de tuberculine, susceptible de provoquer une réaction chez un animal qui n'est encore qu'aux premiers débuts de la tuberculose. Une fois ce point éclairci, les injections de tuberculine fourniront peut-être le moyen de traiter avantageusement la tuberculose chez les animaux domestiques.

E. Ricklin.

BULLETIN

LE CINQUIÈME CONGRÈS DE CHIRURGIE. — L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE ET LA LAPAROTOMIE DANS LE TRAITEMENT DES SUPPURATIONS PELVIENNES.

La chirurgie a eu les honneurs de la semaine. C'est d'abord le Congrès français de chirurgie qui a inauguré lundi dernier les travaux de sa cinquième session. Nos lecteurs en trouveront le compte rendu dans le dernier numéro et les numéros suivants du *Journal des Sociétés scientifiques*.

Dans son discours d'ouverture, le président, M. Félix Guyon, après avoir payé un juste tribut de regrets à la mémoire de ceux que le Congrès a perdus, (Trélat, Duménil, Paquet, Daniel Mollière, Philippe. Alfred Guillon), a magistralement exposé les progrès de la chirurgie moderne qui, au point de vue opératoire, a rendu toute intervention possible ; mais il a eu soin de montrer en même temps que, au point de vue des suites éloignées de l'opération, c'est-à-dire au point de vue vraiment thérapeutique ou curatif, il reste encore bien des points à résoudre, bien des progrès à réaliser. Le Congrès a pour but et aura certainement pour résultat de concourir à la solution de ces différents problèmes.

— On aurait pu croire que la séance du Congrès de mardi soir retiendrait tous les chirurgiens dans le grand amphithéâtre de la Faculté ; ils se sont en quelque sorte dédoublés et ont occupé la séance de l'Académie de la médecine, dans laquelle on ne relève guère que des communications chirurgicales. Nous signalerons plus particulièrement celle qui est relative au traitement de la pleurésie purulente par la pleurotomie postérieure et les réserves faites par M. Bucquoy sur les avantages de cette méthode. (V. le dernier numéro du *Journal des sociétés scientifiques*.)

— A la Société de chirurgie, M. Segond, répondant à ses collègues, a résumé la discussion que sa communication avait soulevée sur la valeur comparative de la laparotomie et de l'hystérectomie dans le traitement des suppurations pelviennes. Nous avons déjà eu l'occasion de dire, à ce sujet, qu'il nous paraît difficile d'être exclusivement partisan de l'une ou de l'autre opération, car il est des cas où les indications de celle-ci sont manifestes et doivent la faire préférer à celle-là. Nous voyons avec plaisir cette manière de voir partagée par la majorité de chirurgiens qui ont pris part au débat.

F. de R.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Thévenot, notre collègue à la Société de médecine de Paris et à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. Après un séjour d'une dizaine d'années au Chili, où il avait dignement représenté la médecine française, Thévenot était rentré à Paris et avait acquis rapidement une situation des plus honorables. On lui doit d'intéressants travaux d'obstétrique et de gynécologie. Il

jouissait à un haut degré de la sympathie et de l'estime de ses confrères.

Facultés et Écoles des départements.

Faculté de médecine de Toulouse. — Par décret, l'Ecole de médecine de Toulouse est supprimée et remplacée par une Faculté de médecine, dont la création avait été décrétée en 1878, et qui est ouverte aujourd'hui, 1er avril 1891.

Le personnel enseignant de la Faculté est composé comme il suit :

PROFESSEURS. — *Anatomie* : M. Charpy, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Toulouse;

Histologie normale : M. Tourneux, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Lille;

Anatomie pathologique : M. Tapie, agrégé des Facultés de médecine et professeur d'anatomie pathologique à l'Ecole de médecine de Toulouse;

Médecine opératoire : M. Lahéda, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Toulouse;

Médecine légale : M. Duponchel, agrégé de médecine légale à l'Ecole du Val-de-Grâce;

Clinique médicale : MM. Cauhet, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Toulouse, et Mossé, agrégé et chargé de cours à la Faculté de médecine de Montpellier;

Clinique chirurgicale : MM. Chalot, professeur d'opérations et appareils à la Faculté de médecine de Montpellier, et Jeannel, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Toulouse;

Clinique obstétricale : M. Crouzat, préparateur des cours d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris;

Chimie et toxicologie : M. Frébault, professeur de chimie médicale à l'Ecole de médecine de Toulouse;

Pharmacie : M. Dupuy, professeur de pharmacie à l'Ecole de médecine de Toulouse.

CHARGÉS DE COURS. — *Physiologie* : M. Meyer, agrégé à la Faculté de médecine de Lille;

Pathologie interne : M. André, professeur d'hygiène et médecine légale à l'Ecole de médecine de Toulouse;

Pathologie externe : M. Pénières, ancien agrégé des Facultés de médecine et professeur de pathologie externe et médecine opératoire à l'Ecole de médecine de Toulouse;

Thérapeutique : M. Saint-Ange, professeur de pathologie interne et pathologie générale à l'Ecole de médecine de Toulouse;

Hygiène : M. Guiraud;

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. Artigalas, agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux;

Clinique ophtalmologique : M. Terson (de Toulouse);

Matière médicale : M. Brœmer, pharmacien et chargé du cours de matière médicale à l'Ecole de médecine de Toulouse.

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ. — *Médecine* : MM. Bézy, ancien chef de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Toulouse; Maurel, professeur suppléant de pathologie et clinique interne à l'Ecole de médecine de Toulouse; Rémond, préparateur du cours de pathologie interne à la Faculté de médecine de Paris;

Chirurgie : MM. Secheyron et Vieusse, professeurs suppléants de pathologie et clinique chirurgicales à l'Ecole de médecine de Toulouse;

Anatomie et histologie : M. Bédart, professeur suppléant d'anatomie et physiologie à l'Ecole de médecine de Toulouse;

Chimie : M. Marie, pharmacien.

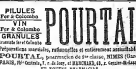
MM. les docteurs Bézy et Rémond sont chargés, en outre, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, le premier, d'un cours de clinique des maladies des enfants; le second, d'un cours de pathologie et thérapeutique générales.

(L'enseignement des sciences accessoires; physique, chimie et histoire naturelle (première année d'études médicales) sera donné à la Faculté des sciences de Toulouse.)

— Le ministre de l'instruction publique vient de décider que, pour une session seulement, et à titre provisoire, la Faculté de Toulouse sera appelée à recevoir les officiers de santé qui se proposent d'exercer dans les départements compris dans le ressort de l'ancienne école de Toulouse. Cette session sera ouverte le 6 courant.

Le Rédacteur en chef et gérant. F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame — Téléphone.



GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. DE RANSE**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 58, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

COMMENTAIRE DE LA NOUVELLE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Projet discuté et adopté par la Chambre des députés, dans ses séances des 17 et 19 mars 1891. (*Journal Officiel* des 18 et 20 mars 1891.

par le Dr F. de Ranse

et A. Léchopié, avocat à la Cour de Paris.

(*Suite*) (1).

ARTICLE 2.

Toutefois, les officiers de santé reçus antérieurement à la présente loi, et ceux reçus dans les conditions déterminées par l'article 4 ci-après, auront le droit d'exercer la médecine sur tout le territoire de la République.

Ils seront soumis à l'obligation de se faire assister par un docteur en médecine, hormis le cas d'urgence, dans les grandes opérations chirurgicales et obstétricales.

Un règlement d'administration publique en déterminera la liste.

On voit que, s'il résulte implicitement, quoique clairement, des deux premiers articles de la nouvelle loi, que l'officiat de santé est incontestablement supprimé, sauf les mesures transitoires, aucun d'eux cependant ne le dit en propres termes. Le libellé du titre Ier est seul à s'en expliquer formellement. Ce n'est pas l'unique bizarrerie de rédaction de la loi.

Tout en supprimant, pour l'avenir, l'institution de l'officiat, on étend cependant les droits des officiers de santé maintenus par voie transitoire, en les autorisant à sortir du département pour lequel ils ont été reçus et dans lequel seulement ils pouvaient pratiquer, et en leur permettant, dorénavant, d'exercer sur tout le territoire de la République.

C'est encore là une des innovations importantes de la loi. Il importe de faire remarquer que le dernier projet du gouvernement ne changeait rien, sur ce point, aux règles précédemment en vigueur, et que le rapport présenté par MM. Brouardel et Martin, au Comité consultatif d'hygiène publique, se basant sur ce que, depuis la suppression, en 1854, des jurys départementaux, les officiers de santé étaient reçus par les Facultés ou Ecoles comprenant plusieurs départements, considérait comme logique d'étendre leur droit d'exercice à toute la circonscription de l'Ecole (ou de la Faculté, aurait dû ajouter le rapport, ou même à toute la France, en cas de réception par une Faculté, fait observer le rapport de M. Chevandier). Il y a lieu de se demander si cette dernière proposition tenait suffisamment compte des motifs qui avaient décidé le législateur à confiner l'officier de santé dans un département déterminé ? Ce n'était point, comme on l'a dit, parce que les juges d'un département pouvaient n'avoir pas confiance dans le jury d'un autre, que cette relégation avait lieu et que le changement de département n'était possible qu'à la condition que l'officier de santé se fît recevoir à nouveau dans le département où il voulait se transporter. Notre remarque, à ce sujet, est

(1) Voir le numéro précédent.

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Suite (1)

II. — C'est un sujet fort intéressant que M. Henry Duchenne a traité dans une petite brochure (2) intitulée : *La dernière maladie de Gabriel-Honoré Riquetti, comte de Mirabeau* (1789-1791) *d'après le journal de Cabanis, son médecin, Paris* 1791.

Suivant l'auteur, on se trouve en présence de trois versions sur la mort de Mirabeau :

1° La version populaire concluant à l'ingestion d'un toxique, étranger ou non à la thérapeutique usuelle ; 2° la version des témoins oculaires, Cabanis, Petit, Vicq-d'Azyr, dûment accréditée par la haute valeur morale et scientifique de pareils déposants et corroborée par les données de la constatation posthume : « L'issue fatale aurait été déterminée par une affection *rhumatismale, goutteuse,* vague, du diaphragme? et du cœur » ; 3° La version médicale actuelle, née d'une simple annotation de Bouillaud à son *Traité des maladies du cœur*, et incriminant une pleuro-péricardite.

M. Duchenne a donc cherché à démêler la part de vérité contenue dans chacune d'elles.

Rejetant avec juste raison la version de l'empoisonnement, l'auteur a surtout écrit son petit travail pour démontrer que le journal de Cabanis mérite seul créance et que ce qu'en a dit Bouillaud n'est qu'une pure hypothèse.

Eh bien ! après avoir lu l'opuscule, n'ayant pas bien saisi où serait la divergence entre l'opinion de Cabanis et celle de Bouillaud, divergence qui seule paraît avoir fourni le motif de la prise d'arme (l'arme n'est qu'une plume) de M. Henry Duchenne, j'ai lu avec soin et dans son entier le journal de Cabanis ; je suis resté perplexe. J'ai relu la brochure de M. Duchenne, et je suis toujours perplexe. Je suis même forcé d'avouer que l'auteur m'a paru n'avoir donné qu'un coup d'épée dans l'eau. Car de désaccord formel entre Cabanis et Bouillaud, je n'en trouve guère.

Citons en effet la phrase incriminée de Bouillaud : « Un illustre

(1) Voir le numéro 13.

(2) in-8° 1890. — Suresnes chez l'auteur, et Tours chez Deslis frères, imprimeurs-éditeurs. (Extrait de la *Gazette des Hôpitaux*).

d'antaut plus exacte que, depuis la suppression des jurys départementaux, la même obligation paraît bien subsister de se faire recevoir à chaque changement bien qu'il puisse s'effectuer dans le ressort d'une même Ecole qui comprend toujours plusieurs départements. La vraie raison pour laquelle l'officier de santé était toujours demeuré rigoureusement confiné dans le département pour lequel il s'était fait recevoir, c'est que ses juges pouvaient tenir compte des conditions sanitaires et autres, ainsi que de l'importance du personnel médical du département demandé, pour se montrer plus ou moins indulgents, lors de la réception du candidat.

Il est certain que c'était là un moyen de rétablir l'équilibre et de pourvoir au service médical des campagnes, dans une certaine mesure, moyen déjà compromis par la proposition de MM. Brouardel et Martin, mais qui échappera complètement avec la nouvelle loi. La loi de ventôse, ou bien le projet voté par le Comité consultatif, après modification demandée par le gouvernement, n'étaient-ils pas plus sages, surtout avec la tendance reconnue, chez les officiers de santé particulièrement, à affluer maintenant vers les grandes villes? Le texte du projet voté par le Comité était ainsi conçu: « Les officiers de santé ont le droit d'exercer leur profession dans toute l'étendue du territoire, sauf dans les chefs-lieux de département et d'arrondissement et dans les villes dont la population dépasse 10,000 habitants. » Après l'ancienne loi de ventôse, cette proposition est à méditer sérieusement, et il y a lieu d'espérer qu'il se trouvera au Sénat, pour discuter la question, des personnes plus compétentes ou plus attentives qu'à la Chambre, où la loi nouvelle n'a guère été l'objet d'aucun examen, d'aucun débat véritable. Les questions relatives à la santé publique eu valent cependant bien d'autres et seraient dignes de fixer un peu plus l'attention des représentants du pays, qui semblent, en vérité, se passionner que pour la politique ou la création des impôts nouveaux!

Mais, dira-t-on, ce serait toujours là infliger aux campagnes les médecins de second ordre. A tout prendre, ne vaut-il pas mieux être soigné par des médecins de second ordre que de ne l'être point? D'ailleurs, n'a-t-on pas cru devoir donner comme argument, en faveur de leur suppression future, qu'ils étaient à peu près aussi capables que les autres, dont ils ne sont plus séparés, et encore, que par le baccalauréat, par l'épaisseur d'une version latine, selon l'expression de M. Langlet? Enfin, du moment qu'il faut se résoudre à faire un choix, il est certes plus équitable de donner les situations les moins avantageuses à ceux dont les études ont été les moins longues, les moins coûteuses et en somme aussi les moins difficiles, sans compter que ce ne sera point modifier leurs habitudes. Il est vrai que le sujet n'est que d'un intérêt assez secondaire, car, dans quelques dizaines d'années, au plus, des officiers de santé transitoirement maintenus, il ne restera plus guère qu'un simple souvenir. Ils auront vécu.

L'article 2 de la nouvelle loi, indépendamment de la faculté accordée aux officiers de santé d'exercer sur tout le territoire, contient encore plusieurs modifications au texte de la loi de ventôse, dont l'article 29, au surplus, était ainsi libellé: « *Les officiers de santé...... ne pourront pratiquer les grandes opérations chirurgicales, que sous la surveillance et l'inspection d'un docteur, dans les lieux où celui-ci sera établi. Dans le cas d'accidents graves arrivés à la suite d'une opération exécutée hors de la surveillance et de l'inspection prescrites ci-dessus, il y aura recours à indemnité contre l'officier de santé qui s'en sera rendu coupable.* »

La nouvelle loi ne parle plus de surveillance et d'inspection d'un docteur, pour la pratique des grandes opérations, mais dit que l'officier de santé devra se faire ASSISTER PAR UN DOCTEUR. Nous avouons ne pas voir une différence appréciable entre les termes, bien qu'à la Chambre M. Isambard ait paru y attacher quelque importance, en déclarant que la loi de ventôse donnait un plus grand rôle au docteur et qu'il demandait qu'on n'en fît pas ainsi un simple aide de l'officier de santé seulement assisté. A cette observation le rapporteur, M. Chevandier, répondait: « quant à savoir qui aura le rôle principal, si ce sera l'officier de santé ou le docteur qui fera la grande opération, c'est une question à résoudre entre confrères; c'est à ceux qui seront là de savoir comment l'opération doit être pratiquée. » En présence de cette explication M. Isambart se déclara satisfait et accepta la rédaction de l'article?

Ces mots de la loi de ventôse: « dans les lieux où celui-ci sera établi » ont également disparu du nouveau texte, sans qu'aucune explication paraisse avoir été fournie. C'est peut-être pour éviter la difficulté que ces termes faisaient naître. Il y a lieu d'admettre que, par cette rédaction, on a entendu laisser au juge toute latitude de décider si l'éloignement de la localité où se trouve le docteur constitue le cas d'URGENCE prévu par la loi et qui, sous l'empire de la loi de ventôse, était déjà d'ailleurs admis par la jurisprudence constante.

---

orateur, Mirabeau, éprouva », dit Bouillaud (Traité des maladies du cœur, page 511) « dans toute son atrocité l'horrible supplice, de la péricardite telle que nous la décrivons, et l'on sait qu'il insistait près de Cabanis, son médecin, pour obtenir de celui-ci la fin de son martyre au moyen de fortes doses d'opium. Il ne faut pas oublier que la péricardite se compliquait, chez lui, d'une *violente pleurésie.* »

Citons maintenant le passage du journal de Cabanis (1) qui résume les résultats de l'autopsie de Mirabeau:

Le grand orateur étant mort le 2 avril 1791 vers 8 1/2 du matin, « le corps fut ouvert le lendemain dimanche vers midi, en présence d'un nombre très considérable de médecins et de chirurgiens. Plusieurs d'entre eux y manifestèrent un grand esprit de sagesse, entre autres, M. Petit et M Vicq-d'Azyr, dont les opinions font autorité dans toutes les parties de la médecine, mais surtout dans l'anatomie. L'estomac, le duodénum, une grande partie du foie, le rein droit, le diaphragme et le péricarde offraient des traces d'inflammation, ou plutôt, à mon avis, de congestion sanguine. Le péricarde contenait une quantité considérable d'une matière épaisse, jaunâtre, opaque. Des coagulations lymphatiques recouvraient toute la surface extérieure du cœur, à l'exception de sa pointe. La cavité de la poitrine contenait une petite quantité d'eau.

« Certainement l'état du cœur, et l'épanchement dans lequel nageait cet organe, peuvent être regardés comme mortels. Mais je crois, ainsi que Lachèze, dont les lumières et les soins m'ont beaucoup aidé dans le cours de la maladie, que la mort a été déterminée immédiatement par l'affection du diaphragme; et j'attribue toujours cette affection, ainsi que celle du cœur, à l'humeur rhumatismale, goutteuse, vague, que nous en avions dès le début, regardée comme la cause. J'atteste avec candeur, qu'en retrouvant la même série de symptômes, je porterais encore le même jugement, et que j'emploierais les mêmes moyens de curation. »

En cherchant soigneusement ce qu'a voulu démontrer M. Duchenne, on arrive bien à trouver qu'il veut écarter toute idée de pleurésie, même d'une pleurésie diaphragmatique et il s'appuie sur le peu d'épanchement que l'on a trouvé dans la cavité pleurale: aussi c'est avec un ton triomphal qu'il s'écrie: « Elle ne laisse

(1) *Œuvres complètes*, Paris, 1823, t. II, pages 71 et 72.

La loi nouvelle ne reproduit pas non plus la disposition de l'ancienne disant que « dans les cas d'accidents graves il y aura recours à indemnité. » Il paraissait, en principe, inutile de le faire, car la responsabilité soit civile, soit pénale est de droit commun et par conséquent n'avait pas à être spécialement édictée. Toutefois la situation de l'officier de santé pourra, dans une certaine mesure, s'en trouver aggravée, si l'on admet que, par les expressions d'accidents graves, le législateur de l'an XI avait voulu rigoureusement limiter la responsabilité au seul cas de gravité. Sous l'ancienne législation on disait que l'officier de santé, dans le cas de l'article 29 de la loi de ventôse, était présumé fautif; on peut dire qu'aujourd'hui le seul fait par lui de n'avoir pas appelé un docteur, dans les cas prévus, du moment que ce fait sera constant et que le malade aura éprouvé un préjudice, suffira pour établir et sa faute et sa responsabilité, car il y aura eu, de sa part, imprudence bien caractérisée par la violation d'une prescriptions formelle de la loi. Le changement n'est donc pas très appréciable.

Enfin à l'interdiction des grandes opérations chirurgicales, l'article 2 ajoute LES GRANDES OPÉRATIONS OBSTÉTRICALES. Un règlement d'administration publique interviendra pour dresser la liste des unes et des autres. C'est préférable à l'ancien état de choses et ce sera plus clair; mais avec les progrès de la chirurgie ce règlement aura besoin d'être tenu à jour et d'être fréquemment et périodiquement revisé. Ici, constatons en passant, un vice de rédaction de l'article 2. Son 3e paragraphe, pour plus de lucidité et de correction, devrait faire corps avec le second qui serait ainsi libellé : les grandes opérations chirurgicales et obstétricales dont un règlement d'administration dressera la liste. Avec la rédaction actuelle et surtout avec un 3e paragraphe, on serait porté à croire qu'il s'agit de dresser la liste des officiers de santé et non des opérations. C'est même ce que, d'abord, nous avions compris.

ARTICLE 3

Un règlement délibéré en conseil supérieur de l'Instruction publique déterminera les conditions dans lesquelles un officier de santé pourra obtenir le grade de docteur en médecine.

Cette disposition a pour but de hâter l'unification du grade. C'est l'article du projet du gouvernement qui, au cours de la discussion, a été substitué à celui de la commission qui spécifiait que l'officier de santé ne pourrait obtenir le grade de docteur qu'après trois ans d'exercice de sa profession, deux examens nouveaux dont les programmes seraient arrêtés par le Conseil supérieur de l'Instruction publique et une thèse.

Le gouvernement ayant donné l'assurance que trois années d'exercice seraient exigées par le règlement à intervenir, et que les candidats ne seraient pas astreints à la totalité des examens exigés des docteurs, comme on le redoutait, la Chambre a consenti à substituer le texte du gouvernement à celui de la commission. Jusqu'à ce jour, aux termes de l'article 6 du décret du 20 juin 1878, sur l'obtention du diplôme de docteur, on n'autorisait que la conversion de leurs inscriptions en inscriptions de doctorat, au profit des officiers de santé qui, ayant exercé deux ans au moins, voulaient obtenir le grade supérieur. Ils devaient remplir toutes les autres conditions exigées des docteurs, justifier du baccalauréat et passer tous les examens de doctorat. Par le règlement à intervenir en exécution de l'article 3, le gouvernement s'est engagé à ne pas exiger tous les examens, et, de plus, on lit dans le rapport de M. Chevandier : « Votre commission ne voit qu'une formalité vaine dans la conversion des inscriptions...... Dans notre pensée, il ne peut être question de demander (aux officiers de santé qui brigueront le grade de docteur), comme on le fait aujourd'hui, ni le diplôme de bachelier ès lettres ni celui de bachelier ès sciences. Comment pourraient-ils l'obtenir? » On peut donc compter sur la dispense du baccalauréat, par le règlement projeté.

ARTICLE 4

Les élèves qui, au moment de la promulgation de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'officiat de santé, pourront continuer leurs études médicales suivant les règles précédemment en vigueur et obtenir le diplôme d'officier de santé.

Cet article renferme une nouvelle mesure transitoire, destinée à fixer le sort des jeunes gens en cours d'études. Il eût peut-être été plus logique de le placer après l'article 2. Enfin ne conviendrait-il pas, comme complément de l'article 3, de déterminer dans quelles conditions les études commencées pourraient être converties en études de doctorat? (*A suivre.*)

---

pas d'être étrange, cette *violente* pleurésie dont les manifestations se dérobent au scalpel lui-même.

« Avons-nous besoin d'insister maintenant sur l'invraisemblance d'une maladie dont nous ne découvrons nulle part le début *sui generis*, à laquelle manquent tous les symptômes typiques (si bien qu'on est allé choisir, parmi les variétés cliniques de pleurésie, cette forme quasi latente, la diaphragmatique), et que compliqueraient ici des troubles gastro-intestinaux *très exceptionnellement* liés (Dieulafoy) à l'inflammation de la séreuse pulmonaire? »

Et cependant, bien plus que Bouillaud, Cabanis incrimine les troubles fonctionnels du diaphragme. C'est en effet plutôt la relation de Cabanis que la phrase de Bouillaud qui fait songer à une pleurésie diaphragmatique.

En revanche, M. Duchenne a fait intervenir la lithiase biliaire et évidemment Mirabeau avait eu maints accès de colique hépatique, même avec ictère (en juin 1789).

Mais ce ne sont pas des symptômes de colique hépatique qu'a présentés Mirabeau dans sa dernière maladie. Il est vrai que M. Duchenne sur son titre met entre parenthèses, pour fixer les dates, les deux chiffres : 1789-1791, assignant ainsi à cette *dernière maladie*, une durée d'environ deux ans.

Or, Mirabeau a été emporté par une maladie de huit jours au plus. Et encore, le lundi 28 mars, quatre jours avant sa mort, assistait-il à l'*Assemblée* où, dans l'affaire des mines, il parla *à cinq reprises toujours avec la même éloquence*.

La thèse qu'a voulu défendre M. Duchenne paraît donc manquer absolument de netteté. Et après une lecture attentive de son travail, on en reste à se demander ce qu'a voulu démontrer l'auteur.

Que Mirabeau fût, de par ses antécédents héréditaires, disposé à la goutte, à l'asthme, cela est vraisemblable; qu'il ait eu des accès de colique hépatique, cela paraît certain. Mais l'auteur ne nous démontre en rien qu'il n'ait pas succombé à une péricardite avec symptômes de pleurésie diaphragmatique sans épanchement abondant. Et l'opinion de Bouillaud, que M. Duchenne semble avoir eu pour but de réfuter, nous semble devoir rester debout, d'autant qu'elle ne contredit en rien l'opinion de Cabanis dont le même M. Duchenne a voulu prendre la défense et même faire l'apologie (1).

N'était l'intérêt qui s'attache à la relation des derniers moments d'un homme illustre, je serais tenté de dire : *Beaucoup de bruit pour rien.* Mais non! rappeler l'attention sur un point controversé de l'histoire est toujours chose utile, sinon directement, au moins par ricochet.

Dr ALBERTUS.

(*A suivre.*)

(1) Nous lisons, en effet, à la dernière page de la brochure, une note disant qu'elle n'est qu'un extrait d'un ouvrage en préparation, intitulé : *Un philosophe médecin au XVIIIe siècle* (J.-C. CABANIS), « tel était le seul titre dont se réclamait Cabanis », ajoute l'auteur.

CLINIQUE MÉDICALE

LA NÉPHRITE ARTÉRIELLE CHEZ LES PERSONNES JEUNES HÉRÉDITÉ, APLASIE ARTÉRIELLE

Par le Dr Lancereaux,
Médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Leçon recueillie par M. E. Boix, *interne du service.*

DEUXIÈME LEÇON (1)

Vous n'avez pas oublié, Messieurs, les trois malades que je vous ai présentés à notre dernière conférence; tous les trois, artério-scléreux et atteints de néphrite conjonctive. Vous vous rappelez la relation que nous avons cherché à établir entre la lésion rénale et celle des artères. D'après eux, nous avons étudié, dans la classe des néphrites artérielles, le type le plus commun, la néphrite par artério-sclérose chez des personnes âgées de 55 à 60 ans. Trois autres sujets vont nous offrir aujourd'hui un second type ou, pour mieux dire, une variété du premier; en effet, il ne s'agit que d'une différence d'âge, la lésion étant la même: c'est la néphrite artérielle chez des jeunes gens.

Nos trois malades ont 23, 24 et 29 ans. Le premier sujet est une femme que son état n'a pas permis de transporter ici; vous pouvez l'examiner à loisir au n° 11 de la salle Sainte-Martine; les deux autres sont devant vous. Fidèle à notre méthode d'investigation clinique, nous allons interroger les symptômes pour arriver à connaître la lésion dont ils sont atteints, étudier la marche de cette lésion pour en spécifier la nature; cela fait, nous serons en possession d'éléments, suffisants pour tirer des indications pronostiques certaines et des indications thérapeutiques utiles à nos malades. C'est là, en somme, le but que doit toujours se proposer le médecin.

Notre premier malade, âgé de 24 ans, a éprouvé depuis une année des démangeaisons, bientôt suivie d'enflure des jambes; il ne pouvait même plus mettre ses chaussures, nous dit-il. Il est entré à l'hôpital Tenon où on a constaté de l'albumine dans les urines et où on a a porté le diagnostic de néphrite interstitielle. Il n'a pas eu d'oppression à ce moment. Après deux mois de séjour, il est sorti, très amélioré par le régime lacté, les diurétiques et le repos.

L'autre avait depuis deux ans des céphalées intenses, qui revenaient assez fréquemment; à plusieurs reprises il avait vomi; enfin, des périodes de diarrhée le débarrassaient de temps en temps, de ses maux de tête.

La femme, elle, nous l'avons vue l'an dernier, à un premier séjour dans notre service de la Pitié, souffrant de céphalées frontales nocturnes et d'une oppression considérable qui est allée jusqu'à l'orthopnée et à la respiration de Cheyne-Stokes. Avec cela, elle a eu des vomissements, des hémoptysies et de l'œdème des jambes.

En somme, chez tous les trois il y a eu des œdèmes. L'un même, le garçon de 19 ans, nous est arrivé avec de l'anasarque; son facies pâle, ses urines assez rares, colorées, renfermant des hématies, un coup de froid auquel il rapportait le début de son enflure, tout cela nous avait fait songer, les premiers jours, à une néphrite épithéliale. Pour la femme, nous avions fait aussi d'abord fausse route dans ce sens, car son enflure était considérable et les phénomènes d'urémie intenses. D'ailleurs, elle accusait un accouchement assez récent, et cette circonstance m'avait conduit à rattacher l'albuminurie à la grossesse, bien que je fusse sans renseignements sur l'urine de la gestation et qu'elle m'affirmât n'avoir eu, pendant cette période, aucun accident pouvant ressembler à de l'éclampsie. Je n'étais pas cependant très satisfait de mon diagnostic, car vous savez qu'il est rare de voir persister longtemps après la délivrance une albuminurie survenue pendant la grossesse. Il en est tout autrement si déjà les reins sont malades avant que la femme ne soit enceinte; peut-être cet état aggrave-t-il le mal, peut-être provoque-t-il l'urémie éclamptique; mais sûrement, aggravée ou non, la lésion rénale continuera son évolution au-delà de la période puerpérale. Cette femme est sortie trop tôt pour que j'aie pu rectifier mon erreur; j'aurais cependant pu, comme je l'ai fait chez le jeune homme, trouver chez elle, dans la diminution de densité de l'urine, un précieux élément de différenciation. Chez celui-là, en effet, la lésion du stroma rénal nous a paru beaucoup plus probable qu'une lésion parenchymateuse, grâce à cette constatation, faite quelques jours après son entrée, et aussi parce que l'urine, examinée au microscope, ne contenait pas de cylindres. Une autre circonstance nous a remis sur la voie pour le jeune homme et pour la femme dès sa rentrée à l'hôpital, c'est la fréquence nocturne des mictions avec polyurie. Elle a toujours existé chez tous les deux, la femme se levant une fois en général, le jeune homme une, deux, et, dans les derniers temps, jusqu'à trois fois pour émettre une urine claire et mousseuse. Il en est de même pour notre malade de 24 ans. Si j'avais, dès l'abord, tenu compte de cette donnée, j'aurais, sans hésitation, affirmé une lésion de la charpente conjonctive. N'avais-je pas raison d'insister l'autre jour sur la difficulté, quelquefois très grande, du diagnostic de la néphrite interstitielle? J'ajouterai que chez ces malades nos pilules diurétiques (scille, digitale, scammonée) et le régime lacté ont rapidement amené l'émission d'urines abondantes et la disparition de l'œdème; ce fait est une nouvelle confirmation de notre diagnostic: le régime lacté et les diurétiques n'ont pas une action aussi promptement favorable sur les néphrites épithéliales.

Le cœur, qu'il faut toujours examiner dans les cas de néphrite, est hypertrophié chez notre malade de 29 ans; les battements en sont sourds, l'impulsion forte et la pointe bat en dehors et au-dessous du mamelon. Il est moins augmenté de volume chez le plus jeune, mais les battements sont sourds aussi, et on constate un léger dédoublement du claquement sygmoïdien. Chez la femme, il y a un bruit de galop présystolique, un souffle mitral et un bruit aortique éclatant.

Les autres organes paraissent sains; seule, la femme a des complications pleurales et pulmonaires, liées autant à l'état de son cœur qu'à celui de ses reins.

Ces trois jeunes sujets ont-ils donc une maladie spéciale sur laquelle il faille mettre une étiquette nouvelle? Ou bien devons-nous ranger leur affection dans le cadre déjà établi des néphrites? Il est certain que le tableau symptomatique est le même que chez nos trois malades âgés. Mais pouvons-nous invoquer ici les mêmes conditions pathogéniques?

Si nous nous reportons à notre précédente conférence, nous trouverons, comme facteurs de la sclérose des reins, l'endartérite généralisée, affection liée au rhumatisme chronique, la goutte, le saturnisme, la syphilis et peut-être l'impaludisme. La goutte même n'agit, à mon sens, que par l'artério-sclérose qui l'accompagne; cette maladie, soit dit en passant, me paraît, de moins en moins, se distinguer dans son essence du rhumatisme chronique. Nos malades présentent-ils quelqu'une de ces affections génératrices de la lésion rénale? Aucune autre que l'altération de leurs artères; ce sont aussi des artério-scléreux, et rien que cela. Cherchons les coïncidences patho-

(1) Voir *Gazette médicale*, 1891, n° 13.

logiques, et nous retrouvons celles que nous avons notées chez nos trois premiers malades.

Chez le garçon de 24 ans, les artères temporales sont sinueuses et saillantes. Il a de l'acné, de la blépharite, des varicosités du voile du palais, de l'angine granuleuse, du prurit qui l'incommode, surtout la nuit. L'autre jeune homme a des démangeaisons, de la blépharite, des migraines. La femme est migraineuse, elle a eu des épistaxis, ses artères sont dures, elle présente des troubles trophiques des ongles. Vous voyez comme la plus petite chose a son importance et ne doit pas être négligée si on veut arriver au déterminisme exact des états pathologiques.

Ce sont donc aussi des vieillards, me direz-vous, que nos trois jeunes malades! Oui, des vieillards par leur système artériel, avant de l'être par le nombre de leurs années; et si nous voulons trouver la cause de cette triste fatalité, car c'en est une, remontons aux antécédents héréditaires. Je les ai négligés à dessein tout à l'heure pour les mieux faire ressortir à cette place. La mère de notre plus jeune malade, polyurique et albuminurique, est, en même temps, atteinte de rhumatisme chronique; son jeune frère, qui n'a que 4 ans, est glycosurique. Notre malade de 29 ans est fils d'un artério-scléreux, qui a de la gravelle. Le père de la femme, qui était rhumatisant chronique, est mort à 58 ans avec de l'anasarque; et bien que les médecins aient déclaré qu'il avait succombé à une lésion cardiaque, j'ai de fortes raison de croire qu'il était atteint d'une lésion rénale méconnue; cette femme est la dernière de six enfants.

C'est donc *l'hérédité* qui est en cause ici. Ces jeunes gens ont une maladie héréditaire: non pas que l'artério-sclérose et la néphrite leur aient été transmises toutes constituées par leurs ascendants; mais leur germe portait en lui la prédisposition morbide spéciale qui a fait d'eux ce qu'ils sont aujourd'hui; et si ce mot de *prédisposition* vous paraît vague, c'est qu'il exprime une idée que les faits nous imposent, mais dont l'explication soulève les problèmes les plus intimes de l'embryogénèse que bien peu encore ont effleurés, que personne peut-être ne parviendra à résoudre. Ce que contient un germe en puissance, le dynamisme d'un ovule ou d'un spermatozoaire, qui connaît celà? Sachons donc nous contenter pour longtemps encore des mots « prédisposition » ou « hérédité » qui traduisent suffisamment notre pensée.

L'artério-sclérose est donc transmissible aux descendants; vous n'en serez point étonnés si vous vous rappelez comment nous avons rattaché cette affection au système nerveux: nous l'avons appelée une *tropho-névrose*. Et, je vous le demande, où l'hérédité joue-t-elle un plus grand rôle que dans les maladies nerveuses? Hérédité homologue ou hétérologue, peu importe; ce sont les circonstances qui décident. Je renonce à vous citer des exemples, c'est toute la liste des affections du système nerveux qu'il faudrait passer en revue. Et, de même qu'elle est homologue ou hétérologue, cette hérédité peut être homochrone ou hétérochrone, c'est-à-dire que la maladie transmise peut se manifester chez les descendants au même âge que chez les parents ou à un autre âge de la vie. L'évolution de notre ensemble morbide peut être écourtée, certaines phases passant rapidement ou manquant même, certaines autres qui, d'ordinaire, surviennent tard dans la vie, pouvant se montrer de bonne heure et d'emblée pour ainsi dire. Ces considérations, qui ne sont pas des hors-d'œuvres, font qu'il ne répugne pas à notre esprit d'admettre que l'artério-sclérose de ces jeunes gens est identique à celle de nos trois hommes âgés. J'ai recueilli plusieurs exemples de ce genre dans ma clientèle, et chaque fois que j'ai rencontré une néphrite artérielle chez un individu jeune, j'ai constaté l'artério-sclérose chez les parents.

Toujours par malformation héréditaire dépendante du système nerveux, nous expliquerons un troisième type de néphrite artérielle dont je veux maintenant vous entretenir: *la néphrite par aplasie du système vasculaire*. Je regrette de n'avoir pas à vous présenter de malades de ce genre; mais je vous renverrai aux observations que j'ai données dans l'article REIN du *Dictionnaire de Dechambre*, et à celles qu'a réunies dans sa thèse mon ancien interne Besançon (1).

C'est toujours le même tableau clinique: des jeunes gens pâles, au facies chlorotique, se plaignant de maux de tête, de vomissements, d'épistaxis, de faiblesse générale; ils ont quelque œdème, le soir, aux malléoles, un peu de bouffissure des paupières et de la face, de la polyurie nocturne, des urines abondantes, décolorées, mousseuses, d'une densité faible, et contenant de l'albumine. On constate encore souvent au cœur un bruit de galop. Vous le voyez, ce sont là les symptômes de la néphrite interstitielle. A l'autopsie, — car ils meurent le plus souvent urémiques, — on trouve des reins petits, contractés, pesant de 45 à 80 grammes, tandis qu'un rein normal pèse 170 grammes; la capsule est légèrement épaissie et plus ou moins adhérente; la surface est granuleuse, avec quelques kystes superficiels; l'organe pâle, grisâtre. A la coupe, le tissu est dur; les deux substances n'en font souvent qu'une, la corticale étant la plus atrophiée, la plus sclérosée. Les pyramides sont effacées, comme tronquées à leur sommet; le bassinet est dilaté et quelquefois aussi l'uretère, sans doute mécaniquement, et la quantité d'urine sécrétée est au-dessus de la normale. Le microscope montre une altération profonde du parenchyme: la lobulation du rein est confuse, quelquefois même méconnaissable; le tissu de sclérose a tout envahi, étouffant la substance corticale; le nombre des glomérules est considérablement réduit; le tissu parasite, surtout constitué de tractus fibreux, est riche en éléments élastiques; ça et là de tout petits kystes. Enfin, je vous signalerai une particularité mise en relief par Besançon, c'est la présence de faisceaux de fibres musculaires lisses, parallèles aux vaisseaux de la colonne de Bertin, mais indépendants de leurs parois. Ces fibres existent à l'état normal dans le rein, mais elles n'y prennent pas cette importance; l'excès de fonctionnement de l'organe expliquerait-il cette hyperplasie, ou bien serait-ce que ce tissu musculaire n'a pas subi l'atrophie des autres éléments? Je vous laisse le choix entre ces deux interprétations.

Mais ce qui nous intéresse, c'est la prédominance de la sclérose autour des vaisseaux et des glomérules. Ici encore, il s'agit d'une néphrite liée à l'atrésie congénitale du calibre des artères, dont les parois, minces et délicates, sont altérées par des plaques de stéatose disséminées. Ce n'est pas de l'athérome, remarquez-le bien, car l'athérome résulte d'un processus inflammatoire. Cette sténose est surtout marquée à l'aorte, et Virchow, je vous le rappelle, lui avait donné le nom d'*aortis chlorotica*, car il faisait de cette altération primitive du système vasculaire le substratum anatomique de la chlorose vraie.

Vous pensez bien que le cœur n'est pas indemne en pareille circonstance; et si la masse charnue est hypertrophiée consécutivement à l'angiosténose, les orifices valvulaires sont rétrécis; et c'est dans ces cas qu'on a noté souvent les signes stéthoscopiques du rétrécissement mitral pur.

(1) J. Besançon. *D'une néphrite liée à l'aplasie artérielle.* — Thèse de Paris, 1889.

Pathogéniquement, que penser de la relation de l'angustie vasculaire avec la lésion rénale ? La tension sanguine est exagérée dans le rein comme dans tout le système artériel ; l'irrigation y est défectueuse, de pareilles conditions créent pour cet organe, qui est *tout vaisseaux*, pour ainsi dire, un état permanent d'infériorité, et favorisent la prolifération du tissu de sclérose.

Voilà donc deux néphrites artérielles héréditaires, l'une par artério-sclérose, l'autre par aplasie du système artériel.

Revenons à nos trois malades d'aujourd'hui pour nous demander ce qu'ils vont devenir. Et bien, puisqu'ils ont la même affection que nos trois hommes âgés, le pronostic est le même pour eux, et leur jeune âge ne leur est qu'un médiocre avantage ; ils ne prolongeront leur existence qu'à la condition de s'astreindre à l'hygiène sévère que j'ai indiquée l'autre jour, d'éviter le froid et toutes les causes pouvant amener l'insuffisance rénale, de favoriser la diurèse, et de traiter énergiquement, dès le début, par le régime lacté et les drastiques, les crises d'urémie qui pourront survenir. L'iodure de potassium me paraît avoir ici une efficacité contestable; comment, d'ailleurs, modifier une malformation congénitale ?

Faisons, en quelques mots, Messieurs, la synthèse de cette leçon et de la précédente. Vous avez vu le même processus rénal, commandé chez nos six malades par l'artério-sclérose ; entre les trois premiers et les trois autres, il n'y a que la différence de l'âge. Je vous ai montré qu'il existe une altération analogue chez les jeunes gens porteurs d'une aplasie artérielle congénitale. Donc, néphrite interstitielle des vieillards et néphrite intertitielle des jeunes gens constituent un seul et même groupe, la *néphrite artérielle*, qni se décompose étiologiquement comme l'indique le tablean suivant:

Néphrite conjonctive.	Par artério-sclérose..	Vieux de 55 à 60 ans	
		Jeunes de 18 à 25 ans	Héréditaires.
	Par aphasie artérielle.	Jeunes gens.......	

Et, au sommet de l'échelle pathogénique, dominant ces dystrophies d'organes, nous trouvons le désordre du système nerveux. Je me déclare satisfait si vous emportez d'ici, avec le souvenir des types cliniques que je vous ai présentés, cette idée directrice de pathologie générale si féconde en résultats.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE DU RACHIS. — PATHOLOGIE NERVEUSE.

I. — COMPRESSION DE LA QUEUE DE CHEVAL PAR UNE TUMEUR. OUVERTURE DU CANAL SACRÉ ET EXTIRPATION DE LA TUMEUR. DISPARITION DE PRESQUE TOUS LES ACCIDENTS, par le Dr L. LAQUER. (*Neurologisches Centralblatt*, 7 avril 1891, n° 7, p. 193.)

II. — SUR LES AFFECTIONS DE LA PORTION TERMINALE DE LA MOELLE ET DE LA QUEUE DE CHEVAL CHEZ LA FEMME, par le professeur EULENBURG. (*Zeitschrift für Klin. Medicin.*, t. XVIII, fasc. 5 et 6, p. 547, 1891.)

I. — Lorsqu'on parcourt les observations d'affections de la queue de cheval publiées jusqu'à ce jour, on n'est pas long à se convaincre de la gravité de leur pronostic. Il est de règle qu'elles s'accompagnent de douleurs insupportables, rebelles à l'emploi des narcotiques, et qu'elles conduisent, en un temps relativement court, au marasme et à la mort. Ce pronostic est devenu moins sombre depuis qu'un chirurgien anglais, Thorburn, a eu l'audace de recourir, et avec succès, à la trépanation du canal rachidien, dans un cas de compression de la queue de cheval par la deuxième vertèbre lombaire luxée. Il en est résulté pour le malade une amélioration considérable. Dans son travail, Thorburn (*On injuries of the cauda equina*. Brain. Janvier 1888) relate trois autres exemples d'affections de la queue de cheval : un second cas de luxation d'une vertèbre (première lombaire), un cas de spina bifida et un cas de tumeur. Se basant sur ces faits et sur d'autres empruntés à différentes sources, M. Thorburn a développé un certain nombre de considérations relatives au diagnostic des affections de la queue de cheval et aux indications de l'intervention opératoire.

M. Laquer, de Francfort, vient de publier un nouveau cas d'affection de la portion terminale de la moelle (compression par une tumeur), où l'intervention chirurgicale a donné des résultats très satisfaisants. Voici une relation abrégée du cas :

Un jeune homme de 19 ans, d'une famille parfaitement saine, fut pris, au mois de septembre 1888, de violentes douleurs dans le bas du dos. Le malade localisait ces douleurs à la face interne du sacrum, mais souvent elles s'irradiaient vers les genoux. Elles se manifestaient surtout la nuit, quand le malade était couché, souvent aussi lorsqu'il était resté longtemps assis ou debout. L'emploi des antirhumatismaux et des nervins était resté sans effet. Le repos complet, les soins les plus assidus n'avaient pas davantage produit la moindre amélioration.

Lorsque M. Laquer vit pour la première fois le malade (décembre 1889), il put constater l'absence de toute paralysie motrice et sensitive : pas d'atrophie musculaire dans les membres inférieurs; les nerfs et les muscles réagissaient bien aux deux variétés de courants. Intégrité des reflexes, des fonctions de la vessie et du rectum. Pas de troubles de la coordination. Tout se réduisait, en somme, à des douleurs, qui occupaient la partie moyenne du sacrum et qui s'exaspéraient la nuit au point de priver le malade de sommeil; douleurs sourdes, excruciantes, s'irradiant dans les cuisses jusqu'aux genoux. La percussion et la pression du sacrum n'étaient pas très douloureuses. On ne découvrait pas d'altérations appréciables à la surface de l'os. Le toucher rectal ne révélait rien d'insolite. Malgré ses douleurs, le malade supportait sans fatigue une ou deux heures de marche. Ainsi qu'il a été dit, le décubitus dorsal et l'attitude assise exaspéraient les douleurs.

Des applications répétées de vésicatoires et la galvanisation du sacrum produisirent une amélioration passagère. Au mois de septembre 1890 on constatait l'état suivant : douleur spontanée localisée dans la partie moyenne du sacrum, datant de deux ans; douleur à la pression, à ce même niveau. Des deux côtés légère atrophie du droit fémoral. Parésie transitoire de la vessie et du rectum. Diminution des réflexes tendineux. Affaiblissement des fonctions sexuelles. Cyphose du segment lombaire. Tendance au décubitus au niveau du grand trochanter à droite. On porta le diagnostic de compression de la queue de cheval. Sur les instances de la famille et du malade, une intervention opératoire fut décidée. Le 14 octobre, M. Rehn pratiqua l'ouverture du canal sacré ; le diagnostic se trouva confirmé : on mit à jour une tumeur (lymphangiome caverneux) située à la partie moyenne du sacrum, en dehors de la dure-mère, sans connexions avec cette membrane ni avec les racines de la queue de cheval, et qui avait refoulé ces organes fortement en avant. Au bout de quinze jours, le malade délivré de ses douleurs pouvait de nouveau dormir. Le 14 novembre il quittait l'hôpital en état de guérison.

M. Laquer invoque, pour justifier l'intervention précoce dans ce cas, le danger d'une dégénérescence secondaire de la

moelle, qui entraîne une inflammation ou une compression de la queue de cheval. Cette dégénerescence secondaire a été constatée par Lange et Simon dans des cas de tumeur comprimant la queue de cheval, par Schultze dans un cas de contusion, par Eisenlohr dans un cas de méningite syphilitique de cet organe.

Dans un cas de lésion traumatique récente de la queue de cheval, une question préjudicielle qui se présente au chirurgien désireux d'intervenir est de savoir si les altérations sont limitées aux racines nerveuses, si la portion terminale de la moelle n'est pas déjà envahie par des lésions irréparables, qui rendraient vaine l'intervention opératoire. Cette question de diagnostic différentiel est très épineuse; M. Laquer lui a consacré d'assez long développements.

M. Eulenburg s'en est occupé également dans le travail dont je vais rendre compte.

II. — L'observation de M. Eulenburg réalise un des rares exemples connus d'affection non traumatique de la portion terminale de la moelle, chez une femme. Le sujet de l'observation, une femme de 36 ans, appartenait à une famille saine. A l'âge de 28 ans elle avait contracté une affection utérine (endométrite et rétroflexion) qu'on traita par des topiques et par le massage. Vers lamême époque elle devint sujette à de la faiblesse et à des douleurs lancinantes dans les jambes; ces accidents s'aggravèrent après une cure à Kissingen. Au mois de décembre 1887, à la suite d'une recrudescence des douleurs, la malade tomba subitement durant une marche; elle dut garder le lit pendant plusieurs semaines; elle avait la jambe droite paralysée. Au mois d'avril 1888, nouvel accès de douleurs, d'une extrême violence. A partir de ce moment la malade n'a cessé d'éprouver de violentes douleurs dans le bas du dos, au siège et à la partie antérieure des cuisses. Trois jours après le dernier accès de douleurs, est survenue de la parésie vésicale avec anesthésie et douleurs spontanées dans une grande étendue de la partie inférieure du corps, de telle sorte qu'on mit en avant l'hypothèse d'une embolie. A partir du mois de juillet 1888, anesthésie et paralysie du rectum; évacuations involontaires de matières fécales et de gaz. Douleurs dans les grandes lèvres, avec éruptions furonculeuses. Les incisions pratiquées dans les petits furoncles n'étaient pas senties; secousses douloureuses dans les mollets. Raideur dans le membre inférieur gauche.

De l'*état présent*, relevé le 6 février 1890, nous ferons ressortir les points suivants: La malade se plaignait d'une sensation de plaie à vif, siégeant dans la région du sacrum; sensation de brûlure à l'anus. Le sacrum était douloureux à la pression, surtout à la partie supérieure. Anesthésie et analgésie à peu près complètes dans la partie inférieure du siége, dans le pli inter-fessier, à l'orifice anal, au périnée, aux grandes lèvres, à la partie supérieure interne et postérieure des cuisses; de là, la zone d'anesthésie s'étendait le long de la face postérieure des membres inférieurs, jusqu'au bord externe du pied, empiétant sur le dos du pied et sur la plante. L'anesthésie avait une distribution sensiblement symétrique des deux côtés; toutefois elle avait une étendue et une intensité plus grande à droite qu'à gauche. Elle intéressait tous les modes de la sensibilité. Elle affectait sa plus grande intensité dans la région fessière inférieure et dans la région ano-coccygienne. La démarche était empreinte de maladresse; la malade traînait le pied gauche. Un peu d'atrophie musculaire à la région postérieure de la cuisse et du mollet gauche. Les trois derniers orteils étaient contracturés en griffe. Le réflexe patellaire était conservé. L'excitabilité électrique du nerf tibial était complètement abolie.

En fait de traitement on eut recours alternativement à la galvanisation centrale et à la galvanisation périphérique, à des exercices de gymnastique, à des bains de siége, à la franklinisation locale, pour combattre la douleur ano-coccygienne, à des injections sous-cutanées de strychnine pour combattre l'anesthésie. Après cinq mois de ce traitement on avait obtenu une amélioration qui s'était accentuée lentement mais progressivement. La marche était plus facile. La sensibilité était partout rétablie; toutefois la sensibilité à la douleur et aux excitations thermiques était encore émoussée. Les douleurs spontanées étaient beaucoup moins intenses; il en était de même des sensations de brûlure ressenties par la malade dans la vessie et dans le rectum. La malade avait conscience du besoin d'uriner et de déféquer. L'excitabilité galvanique était rétablie des deux côtés ainsi que l'excitabilité faradique à droite.

L'auteur a divisé les symptômes présentés par cette malade en trois groupes, à savoir:

1° L'anesthésie, l'abolition des réflexes et le trouble de l'innervation volontaire de la vessie et du rectum;

2° L'anesthésie des régions fessière ano-coccygienne, périnéale, et des organes génitaux externes;

3° Les troubles de la sensibilité et de la motilité limitée à une portion des membres inférieurs.

Ces trois groupes de symptômes, ajoute-t-il, constituent le tableau morbide d'une affection subaiguë et chronique, simple, non traumatique, de la portion terminale de la moelle ou des racines correspondantes de la queue de cheval. En se fondant sur une analyse minutieuse des symptômes et sur des arguments empruntés à l'anatomie topographique, il conclut que chez la malade en cause, les lésions devaient constituer un foyer s'étendant depuis l'émergence de la dernière paire lombaire jusqu'au troisième ou quatrième nerf sacré, avec participation possible des racines de la queue de cheval qui émanent de cette portion de la moelle.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Physiologie et hygiène du cerveau et des fonctions intellectuelles, par M. Guyot-Daubès.

Ce petit livre, qui fait partie de la bibliothèque d'éducation attrayante, est essentiellement un ouvrage de vulgarisation à la portée des personnes tout à fait étrangères aux choses de la médecine. Il n'en était que plus difficile à faire et l'auteur a surmonté ces difficultés avec succès, rendant intéressantes des questions souvent ardues. L'anatomie et les fonctions du crâne et du cerveau y sont successivement passées en revue, et l'ouvrage est terminé par une série de chapitres sur des sujets à l'ordre du jour, sur le mécanisme du travail cérébral, l'entraînement cérébral et le surmenage.

De la trépanation dans l'épilepsie, par le Dr H. Dumas.

La trépanation dans l'épilepsie tend à devenir une opération relativement fréquente; elle est indiquée quand l'épilepsie reconnaît comme cause l'existence d'un foyer pathologique cranien, mais elle est encore très réservée dans l'épilepsie dite idiopathique. Elle ne peut être recommandée dans ce dernier cas que lorsque l'apparition des premières attaques est de date récente et qu'elles tendent à aller en s'aggravant. La médication bromurée doit être continuée pendant plusieurs mois après la trépanation, alors même que tous les accidents auraient

disparu, car l'opération est toujours suivie d'une période de congestion que le malade doit forcément traverser.

Gall et sa doctrine, par le Dr Nivelet.

C'est l'exposé et la justification de la doctrine de Gall faite par un de ses partisans convaincus. C'est une tâche difficile à une époque où, après l'oubli de la craniologie, la théorie des locations cérébrales est elle-même à la veille de sombrer. Le Dr Nivelet est un médecin philosophe qui ne s'illusionne pas et n'espère convertir personne, et son livre a un mérite : celui d'être fait par un homme qui pense ce qu'il écrit.

Les émotions dans l'état d'hypnotisme, par M. Luys.

Ce nouveau livre de M. Luys contient l'exposé des expériences que tout le monde connaît sur l'action des médicaments à distance sur des sujets hypnotisés. Il contient aussi de nouveaux chapitres sur l'action des verres colorés sur les mêmes sujets et sur le transfert d'émotions d'une personne à une autre. Mais son but est surtout de réfuter les conclusions du rapport présenté à l'Académie de médecine à l'occasion de ces expériences et de prouver que les faits avancés sont réels et non pas le résultat de la supercherie des hystériques. Nous ne prendrons pas parti, là où l'Académie a hésité à se prononcer, mais nous suivons avec intérêt les recherches de M. Luys, heureux si l'avenir confirme les belles promesses qu'elles nous laissent entrevoir.

De la chorée chronique, par le Dr Huet.

Il existe, particulièrement chez l'adulte et le vieillard, une forme chronique de la chorée ; elle est plus rare chez les enfants. Elle suit une marche lente et progressive et finit par amener un affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence pouvant aller jusqu'à la démence. La chorée chronique revêt l'aspect d'une maladie héréditaire et familiale et son principal facteur étiologique paraît être l'hérédité. Ses symptômes sont ceux de la chorée de Sydenham commune; cependant les mouvements involontaires sont plus lents et moins étendus et plus accessibles à l'influence de la volonté.

Sa nature anatomique reste encore inconnue. Selon toute vraisemblance, c'est une affection cérébrale ou cérébro-spinale, et le siège des lésions doit peut-être être cherché du côté de la couche corticale des circonvolutions. Le pronostic de la chorée chronique est grave, en ce sens que sa guérison ne se montre jamais et qu'elle conduit à la démence.

Ce travail, fait sous l'inspiration du professeur Charcot, est une excellente monographie et contient tous les faits connus relatifs à l'histoire de la chorée chronique.

G. L.

BULLETIN

Assemblée générale annuelle de l'Association générale des médecins de France, tenue a Paris le dimanche 5 avril et le lundi 6 avril 1891.

L'Association générale des médecins de France, a tenu son Assemblée annuelle dimanche et lundi derniers, dans le grand Amphithéâtre de l'assistance publique. M. Henri Roger, retenu par la convalescence d'une assez longue maladie, manquait pour la première fois à cette réunion et était suppléé par l'un des vice-présidents, M. Lannelongue.

Le président a ouvert la séance de dimanche par une courte allocution, vivement applaudie, dans laquelle il s'est fait l'interprète de tous, pour exprimer les regrets causés par l'absence de M. Roger, et les vœux formés pour son prompt rétablissement. Il a donné lecture des quelques lignes suivantes dans lesquelles le président, réélu pour la quatrième fois, remercie ses confrères de leurs suffrages :

« Très affectionnés et fidèles électeurs,

« Empêché par la maladie, ce m'est un profond chagrin de « manquer à la grande fête de la famille médicale.

« Vos votes répétés m'ont fait presque président perpétuel, « mon cœur de vieil ami battra jusqu'au dernier jour pour « l'Association. »

— M. de Ranse, au nom de la commission de recensement des votes, donne lecture du rapport sur les résultats du scrutin du 19 mars.

Sur 2.534 suffrages exprimés, M, Henri Roger en a obtenu 2.497, c'est-à-dire la presque unanimité. Plusieurs Sociétés, dans lesquelles M. Roger a eu l'unanimité, se sont bornées à le constater sans faire connaître le nombre des votants. Les abstentions nombreuses qui se sont produites s'expliquent par ce fait qu'un très grand nombre de sociétaires ont jugé inutile de prendre part à un vote dont le résultat était prévu d'avance.

La plupart des votants, en apportant ou en envoyant leurs bulletins, y ont joint l'expression de leur reconnaissance et de leurs vœux pour le vénéré président. M. de Ranse reproduit quelques-uns de ces témoignages vraiment touchants, et termine ainsi son rapport :

« En portant, pour la quatrième fois, votre choix sur « M. Henri Roger, vous avez voulu aussi reconnaître les cons- « tants et éminents services de celui qui, entre tous, s'est « montré, je ne dirai pas généreux de sa bourse, — c'est banal « et à la portée de tous les favorisés de la fortune, — mais, ce « qui est bien meilleur et beaucoup plus rare, généreux, « jusqu'à la prodigalité, de son temps, de son affection, de son « dévouement.

« M. Roger a, depuis de longues années, adopté l'Association « comme sa propre famille; lui renouveler son mandat, ce « n'est donc pas seulement un acte de justice et de reconnais- « sance que vous avez accompli, c'est encore, permettez-moi « de le dire, un acte de piété filiale.

« Cette expression unanime de vos sentiments aura certai- « nement pour effet d'adoucir les souffrances de notre cher « Président, de relever ses forces, de hâter sa convalescence. « Si nous avons tous le regret de ne pas l'avoir aujourd'hui « parmi nous, nous le retrouverons, à notre prochaine réu- « nion, plein de santé, avec cette vigueur d'esprit et cette « jeunesse de cœur que l'accumulation des années, au lieu « d'affaiblir, semble au contraire exalter.

— L'Assemblée procède ensuite à la nomination de trois vice-présidents aux lieu et place de M. Cazeneuve, démissionnaire et de M. Bouchacourt et du baron Larrey, arrivés au terme de leur mandat.

MM. le baron Larrey, Bouchacourt, Dufay (Loir-et-Cher), sont nommés par acclamation vice-présidents et M. Cazeneuve vice-président honoraire.

— L'élection pour 7 membres du Conseil donnent les résultats suivants :

Sur 94 votants, obtiennent : MM. Cornil, 88 voix; Durand-Fardel, 70; Lereboullet, 70; Leroux, 69; Worms, 76; Bergeron, 67; Laguesse, président de la Société de Dijon, 71.

MM. Chevandier (de la Drôme), 29 voix; Lande, 26; Gassot, 23; Delefosse, 22; Tellier, 13; Lardier, 12.

— M. Brun lit son rapport sur la situation financière de l'Association.

Le bilan de la Caisse se résume ainsi :

1)	Caisse de l'Association....	91.060 15
2)	— de pensions.......	1.416.678 68
	En tout.	1.507.738 83

Il faut y ajouter 4,134 francs de rentes françaises.

Pendant le dernier exercice, la Caisse des pensions viagères s'est augmentée de 73,394 fr. 80, provenant des versements volontaires des sociétés locales pour 20,516 fr. 25, et de dons volontaires et legs pour 30,242 fr. 55.

On a encaissé le legs Ricerd. — 10,000 fr. ; — on escompte sur le legs du Dr Belle (de Moissac), la somme de 13,102 fr. 45 ; dons particuliers provenant des membres de l'Association pour la plupart 7,140 fr.

La Caisse des pensions s'est augmentée de 600 fr. de rente 3 0/0 (100 fr., don de H. Roger, 500 fr. du legs Woillez).

Le Conseil général fixe à 285,000 fr. la somme à disposer pour 19 pensions nouvelles à ajouter aux 74 pensions déjà servies par la Caisse.

— Le rapport est adopté et l'Assemblée vote des remerciements à M. Brun.

— M. le Dr Riant, secrétaire général, présente le **compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association pendant l'année 1890.**

Il rend hommage à la mémoire de *Gavarret*, de *Pénard* (de Versailles ; de *Duménil* (de Rouen) ; de *Félix* (de l'Isle), mort victime de la grippe et frappé sur la route même qui le ramenait de chez un de ses malades ; de *Rougel* (Jura) ; de *Demange* père (Nancy) ; de *Theüs* (Draguignan) ; de *Sanderet de Valanne* (Besançon) ; de *Barbrau* (Charente-Inférieure). Puis il parle des progrès de l'Association qui compte cette année 315 nouveaux membres et l'adhésion de deux sociétés locales nouvelles (Inde Française et Manche).

Le bilan des différentes Caisses de l'Association s'élève, en fin d'exercice, aux chiffres suivants :

Capitaux de la Caisse générale, ... Fr.	90.000
Caisse des pensions viagères....................	1.411.807
La Société centrale et les Sociétés locales.......	1.061.602
Total......	2.563.409

Les rentes qui appartiennent à ces différentes Caisses, en supposant qu'elles fussent capitalisées à 4 0/0, porteraient l'ensemble des capitaux de l'Association à 2,774,409 fr.

La Caisse des pensions viagères a servi 87 pensions, dont 86 de 600 francs, et une pension de 300. En outre, les secours accordés par la Société centrale et les Socités locales à des sociétaires, veuves ou filles de sociétaires et à des personnes étrangères à l'Association forment un total d'environ 57,885 fr.

Parmi les généreux donateurs figurent MM. Lannelongue, Millard et Marjolin et notre vénéré président Roger, qui a donné à la Caisse des pensions, un titre de 100 francs de rentes 3 0/0.

Le rapporteur signale ensuite des condamnations pour *exercice illégal de la médecine*, obtenues par la Société de l'Aveyron, et les travaux de la Société de la Gironde et du Doubs dont le rapporteur, M. le Dr Gauderon (de Besançon), a lu un travail des plus intéressants sur *la règle de conduite à tenir par les médecins dans leurs rapports avec les compagnies d'assurance sur la vie.*

Vient ensuite la question de l'assistance en cas de maladie. Le rapporteur rappelle qu'un grand nombre de Société ont constitué une réserve destinée à secourir les associés malades, et organisé un service spécial de secours et d'assistance confraternelle, dont le fonctionnement est déterminé, dans tous ses détails, par des règlements très précis et très étudiés. Ce sont là des faits importants.

La campagne en faveur de l'*indemnité* ou de l'*assurance-maladie* a donc eu déjà — en attendant plus — ce bon résultat d'accentuer et de généraliser d'excellentes mesures, n'ayant reçu jusque-là, que des applications locales ou restreintes et de nous fournir des renseignements exacts sur *la fréquence et la durée des malades parmi les médecins.*

Le conseil judiciaire de l'Association s'est trouvé modifié par la démission de M. Vannesson.

L'Association est assurée de trouver chez Me Deligand et Me Liouville, le premier, gendre de M. Bucquoy, le second, neveu de M. Horteloup, la science spéciale à laquelle les médecins ont assez souvent besoin de recourir.

La *réorganisation de la médecine légale* a rencontré un peu de confusion dans certains esprits, qui ne parvenaient peut-être pas à dégager bien nettement la question nouvelle de celle qui avait été traitée l'an dernier ; de là, quelques réserves, relativement à cette question.

En ce qui concerne l'*Assurance maladie*, — dit le rapporteur, nous nous sommes conformés à la décision de la dernière Assemblée générale.

Le Conseil général appelait particulièrement l'attention sur les questions de *cotisation*, de *finances* et de *contrôle* ; il indiquait, d'après les auteurs de projets, le chiffre minimum de cotisation, suivant le taux de l'indemnité, et sollicitait les réponses des Sociétés locales aux trois questions relatives, 1° à la création d'une caisse d'assurance ; 2° au nombre prévu d'adhérents ; au concours éventuel des présidents et trésoriers à l'œuvre nouvelle.

Ce sont les résultats de cette enquête que vous présentera demain M. Lereboullet.

La question des tarifs en médecine légale, a abouti à un engagement formel de M. le Ministre, qui s'est montré très favorable au principe du relèvement de ces tarifs, et a bien voulu promettre son appui, Le 4 mars, M. le Ministre de la justice écrivait à M. le président de l'Association générale, une lettre dans laquelle il donnait l'assurance que ce chapitre particulier du décret de 1811, concernant les frais en justice criminelle, les opérations médico-légales en particulier, serait modifié, de manière à donner satisfaction, dans la mesure du possible, aux intérêts du corps médical.

Votée par la Chambre, la *Loi sur l'exercice de la médecine* va être soumise au Sénat.

Depuis la première année de son fonctionnement jusqu'en 1890, l'Association a donné deux ordres de libéralités :

1° des secours temporaires, accidentels, aux médecins, à leurs veuves, à leurs enfants ; 2° des pensions d'assistance pour les confrères atteints par l'âge, la maladie, incapables de se suffire.

La distribution de ses *secours* est contemporaine de sa fondation. Celle des *pensions* date de 1874.

Or, le total des secours représente une somme de 1 million 041,006 fr. 58.

Le total des pensions représente 122,100 francs de rente, pour 224 pensions de sorte que, depuis son origine, l'Association a mis à la disposition des confrères malheureux une valeur d'environ un million cinq cent mille francs, provenant de nos cotisations de douze francs pendant 33 ans, des dons et

des legs faits à l'Association, ceux-ci montant à un total de près de 900,000 fr.

Il faudrait ajouter les dons manuels, qui montent, en moyenne, à dix mille francs, chaque année.

Mais ce n'est pas tout, d'autres besoins s'accusent, de là ces propositions sur lesquelles on appelle, chaque année, notre sollicitude pour tenter d'*assurer* à chacun le bien-être en créant une caisse de prévoyance en cas de chômage ou de maladie.

Cette idée de prévoyance généreuse, il y a plus d'une forme pour la traduire; mais il n'y a qu'un sentiment pour s'y rallier.

— M. Passant, lit un **rapport sur les pensions viagères à accorder en 1891.**

Nous aurions voulu, dit-il, élever de suite à 1,200 francs le taux de nos pensions. Mais notre budget s'y opposera encore quelque temps.

Toutes les demandes de pensions nouvelles ont été favorablement accueillies : j'entends celles venues en temps utile.

A ce propos, on oublie que les pensions ne sont pas un don temporaire et que, pour établir une rente viagère, comme pour la faire rentrer dans la Caisse des pensions, des formalités longues et nombreuses sont nécessaires qu'il serait bon d'épargner, quand l'état de santé de l'impétrant ne doit pas lui permettre de jouir de sa pension. An lieu de démarches pour obtenir une pension, que la Société locale puise dans sa réserve les fonds nécessaires à son sociétaire malheureux : il sera ainsi bien plus tôt secouru. Si la Société est riche, elle ne saurait mieux employer ses ressources; si elle est pauvre, elle sait qu'en s'adressant à la Caisse de l'Association, celle-ci viendra à son aide et lui donnera les subventions nécessaires.

Au 31 décembre 1890 le nombre de vos pensionnaires était de 79; il est descendu à 77 par la mort de deux d'entre eux. Nous vous demandons l'admission de 19 membres nouveaux, ce qui portera l'effectif total actuel à 96. Ces 19 candidats se divisent en 10 docteurs en médecine, dont un est licencié ès sciences, et 9 officiers de santé.

— M. le Dr Worms, lit un **rapport sur les vœux soumis à la prise en considération de l'Assemblée générale des 5 et 6 avril.**

« Vœu de la Société de la Côte-d'Or, pour demander le transport à demi-tarif des membres des Sociétés locales se rendant aux réunions de leurs Sociétés ».

« Sous réserve de l'acceptation des six Compagnies de chemin de fer la Commission propose la prise en considération ». (Adopté.)

Vœu de la Société de la Loire-Inférieure demandant « que les travaux des sociétés locales, ainsi que les vœux qu'elles émettent soient remis au bureau de l'Association générale deux mois avant la réunion générale, et que les rapports et vœux des Sociétés locales soient envoyés aux présidents des Sociétés locales, quinze jours au moins avant la réunion générale ». (Adopté.)

Vœu conforme à ceux émis par les médecins de Castres et de la Mayenne et de l'Orne. Sur le rapport de M. Durand-Fardel, un règlement nouveau dans ce sens a été appliqué cette année après adoption de l'Assemblée.

La même Société (Loire-Inférieure) demandait :

« 1° Une caisse de secours en cas de maladie. »

Ce vœu déjà discuté en 1890, dans le rapport de M. Horteloup et de M. Lereboullet, à propos de vœux analogues proposés en 1889 par la Société du Nord, de Tarn-et-Garonne et des Alpes-Maritimes, n'a pas été pris en considération.

« 2° Une caisse de pensions de retraite du corps médical français ».

Ce vœu a été rappelé à la séance du 26 janvier 1891 et re commandé par un vote à la sollicitude de l'Association.

« 3° La caisse dite des victimes du devoir professionnel ».

Ce vœu n'avait pas été pris en considération l'an dernier, mais sous l'impulsion de M. le sénateur Roussel, une Société s'est constituée pour assister les victimes du devoir professionnel.

Ces trois vœux ne sont pas pris en considération par la Commission (ces trois vœux sont ajournés).

Il en est de même d'un vœu de la Société de l'Indre, « exprimant le regret de ne pas voir se créer entre médecins, une caisse de retraite plus avantageuse que les Compagnies d'assurances sur la vie ».

« Un autre vœu de cette société « demandant un nouveau tarif honoraire médico-légal », n'est pas pris en considération par ce motif que le Conseil, secondé par M. Brouardel, agit dans ce sens auprès des pouvoirs publics. (Ajourné.)

Mentionnons un vœu de la Société des Côtes-du-Nord, « demandant l'élévation du taux des pensions servies aux confrères malheureux et deux autres de la Société de Castres et de la Mayenne, demandant qu'un plus grand nombre de médecins de la province fassent partie du Conseil général. » Ces vœux, étant anti-statutaires, ne sont pas pris en considération.

M. Moitet lit un rapport sur le vœu de la **Société des Landes pour une nouvelle organisation de la médecine légale.** — Ce vœu est ainsi conçu :

« Que l'Association générale mette à l'étude, au sein du Conseil général, la question des changements et des améliorations à apporter à la pratique de la médecine légale;

« Qu'une fois son étude terminée, elle en saisisse les pouvoirs publics en leur demandant, au nom du corps médical français, que le projet de réforme du Code d'instruction criminelle, qui organise sur de nouvelles bases la pratique de médecine légale, soit enfin définitivement discuté et voté par le Parlement. »

Cette question de la réorganisation de la médecine légale n'est pas nouvelle. Elle a, en 1884, été étudiée à fond, dans un rapport présenté à la Société de médecine légale par M. Brouardel, ses conclusions ont été adoptées par la Société savante à laquelle elles avaient été soumises :

« 1° La Société de médecine légale demande à la Commission de la Chambre, chargée d'examiner le projet de loi sur la réforme de l'instruction criminelle, si elle admet, malgré les inconvénients signalés, que les expertises doivent être contradictoires, d'accepter la conséquence logique de ce système, c'est-à-dire :

« La création d'une Commission scientifique médico-légale supérieure, analogue au tribunal des superarbitres de Berlin, chargée de juger scientifiquement les questions d'ordre exclusivement scientifique et qui auraient donné lieu à des contestations entre les experts.

« 2° La Société de médecine légale pense que cette réforme sera incomplète, si on ne modifie pas les conditions d'instruction des experts, et celle de la pratique elle-même de médecine légale; elle prie la Commission de la Chambre de vouloir bien appeler l'attention des autorités compétentes sur les points suivants qui lui paraissent seuls capables de sauvegarder les intérêts de la Société et ceux des accusés :

« *a*) Instruction spéciale des experts par un enseignement professionnel approprié;

« b) Preuve de cette instruction fournie par un diplôme, « délivré par le ministre de l'instruction publique, après exa- « men par les professeurs des Facultés de médecine (diplôme « spécial pour les médecins experts et pour les chimistes ex- « perts) ;

« c) Relèvement des tarifs des honoraires. Les tarifs actuels « datant de 1811, sont reconnus par tous insuffisants, ils le « seraient encore davantage quand on aurait imposé aux can- « didats experts des épreuves de scolarité plus onéreuses, et « aux experts eux-mêmes des modifications dans leurs modes « opératoires permettant de contrôler leurs recherches. »

Il y a étroite connexité entre cette question et celle du relèvement des tarifs dont nous avons traitée l'année dernière. L'exercice de la médecine légale est devenu dans ces dernières années assez difficile pour la plupart d'entre vous, pour que la Commission qui a préparé en 1890 un projet de tarif pour les médecins experts, se soit faite de grand cœur l'interprète de vos doléances et les ait soumises à M. le Ministre de la justice qui nous a donné promesse d'une prompte et sérieuse étude de notre projet.

Quant à la réforme du Code d'instruction criminelle elle est en discussion devant les Chambres, et on sait que l'inculpé peut désigner un expert qui assistera à toutes les opérations, signalera à ses collègues les omissions ou les erreurs qu'ils pourraient commettre, etc.

La Commission nommée par le Conseil de l'association générale des médecins de France, après avoir mis à l'étude le vœu présenté par la Société des Landes, propose les conclusions suivantes :

« 1° Il y a lieu de créer dans chacune des Facultés de méde- « cine de France, un enseignement supérieur de la médecine « légale;

« Cet enseignement qui sera complet dans le cours d'une « année, aura pour sanction, après examen, un diplôme spé- « cial délivré par M. le Ministre de l'instruction publique;

« 2° Les médecins-experts, appelés à déposer devant les « cours et les tribunaux à l'occasion des opérations médico- « légales auxquelles ils auront procédé, seront toujours consi- « dérés comme experts, et ne seront jamais assimilés aux « témoins;

Et enfin, reprenant les conclusions adoptées l'année dernière,

« 3° Que, dans l'intérêt de la bonne administration de la « justice, pour la dignité de la profession médicale, il soit enfin « procédé à une revision équitable du tarif de 1811, en ce qui « regarde les expertises médico-légales.

Ces conclusions sont adoptées.

(*A suivre.*) H. Barbier.

NOTES ET INFORMATIONS

Réunion de directeurs et délégnées des Ecoles préparatoire de médecine. — Les directeurs et délégués des Écoles préparatoires de médecine, se sont réunis dimanche dernier et, préoccupés de la situation créée par la loi sur le service militaire et par l'adoption à la Chambre des députés de la loi sur l'exercice de la médecine, ont voté la résolution suivante :

« Considérant que, dans l'intérêt des études médicales en général et du service de l'assistance médicale des campagnes, il est nécessaire de conserver, en les développant, les Écoles de médecine existantes ; que la suppression de l'officiat de santé ayant été prononcée par la Chambre des députés et le diplôme de docteur devant être obtenu avant l'âge de vingt-six ans et après avoir passé une année sous les drapeaux, il importe de consacrer aux études médicales tout le temps nécessaire pour former de bons praticiens les directeurs et délégués des Écoles de médecine estiment que :

1° Les études de baccalauréats spéciaux pour la médecine doivent être abrégées dans la mesure du possible, de manière à gagner une année au profit des études médicales proprement dites ;

2° Que le régime d'études qui répondrait le mieux à ces desiderata est le suivant :

Dès la première année, études anatomiques et cliniques avec la sanction d'un examen de fin d'année :

2° année : études anatomiques et cliniques et physiologie avec un examen probatoire à la fin de l'année ;

3° année : clinique et pathologie avec la sanction d'un examen de fin d'année ;

Répartition de l'étude des sciences accessoires dans le cours de la scolarité.

Ils réclament en outre :

1° La possibilité pour les étudiants ayant obtenu des fonctions au concours (internes, prosecteurs, aides d'anatomie) de passer quatre années dans les Écoles secondaires avec équivalence des inscriptions ;

2° L'incorporation des étudiants en médecine et en pharmacie faisant leur service militaire à un corps de troupes tenant garnison dans une ville où siège une École de médecine et de pharmacie, et l'autorisation pour ces jeunes gens, après leur première année de service, de suivre les cours de ces Écoles ;

3° La constitution de jurys mixtes pour les examens probatoires subis au siège des Écoles :

4° La représentation des Écoles de médecine et de pharmacie au Conseil supérieur de l'instruction publique et au Conseil général des Facultés.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

Règlement relatif au stage obstétrical et aux épreuves du cinquième examen de doctorat. — Article premier. — Après la 16e inscription, chaque étudiant en médecine est tenu de faire un stage dans une des cliniques obstétricales de la Faculté.

La durée de ce stage est de *un mois*, pendant lequel l'étudiant est obligé de pratiquer lui-même au moins deux accouchements.

Les étudiants qui auront été *internes* dans les services des accouchements des hôpitaux sont seuls dispensés de ce stage; ils produiront, à cet effet, un certificat signé de leur chef de service, accoucheur des hôpitaux.

Art. 2. — La première partie du cinquième examen de doctorat se compose :

1° D'une épreuve de clinique chirurgicale, subie dans une des cliniques chirurgicales de la Faculté;

2° D'une épreuve de clinique obstétricale, subie dans une des cliniques obstétricales de la Faculté.

Chacune de ces épreuves est éliminatoire; le candidat conserve le bénéfice de l'épreuve antérieurement subie avec succès.

Les séries des épreuves de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale comprennent six candidats.

Pour être admis à la deuxième de ces épreuves, le candidat justifiera de l'accomplissement du stage hospitalier établi à l'article Ier, et produira, à cet effet, un certificat signé d'un des professeurs de clinique obstétricale.

Art. 3. — Ces dispositions seront applicables à partir du 6 avril 1891, en ce qui concerne le stage obstétrical, et à partir du 1er juin suivant, en ce qui concerne le cinquième examen de doctorat.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Billets d'aller et retour de Paris à Berne et à Interlaken* (viâ Dijon-Pontarlier-Neuchâtel), valables pendant 60 jours. Trajet direct de Paris à Berne (1re et 2e classe) sans changement de voiture.

	1re classe	2e classe	3e classe
De Paris à Berne......	110.30	82.30	65.45
— Interlaken...	121.95	91.85	66.30

Billets délivrés du 15 avril au 15 octobre 1891 et donnant le droit d'arrêt dans toutes les gares du parcours. Ils sont valables pour tous les trains comportant des voitures de la classe du billet, à la condition, toutefois, que pour le parcours à effectuer l'affiche de la marche des trains dispose que les voyageurs de même classe à plein tarif, ont accès dans le train.

Franchise de bagages de 30 kilog. sur le parcours P.-L.-M. Aucune franchise sur le parcours suisse.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille

Manuel du doctorat en médecine, par le prof. Paul Lefort, *aide-mémoire de pathologie interne*, 1 vol. in-18 de 300 pages, cartonné. — Prix : 3 francs.

Aide-mémoire de physiologie, 1 vol. in-18 de 312 p., cart. — Prix : 3 fr.

Aide-mémoire d'histoire, d'anatomie (Ostéologie, Splanchmologie, Organes des Sens) *et d'embryologie*. 1 vol. in-18 de 272 p., cart. — Prix : 3 fr.

Aide-mémoire d'anatomie à l'amphithéâtre (Dissection, Arthropologie Myologie, Angéiologie, Névrologie, Découvertes anatomiques). 1 vol. in-18 de 276 p., cart. — Prix : 3 fr.

Aide-mémoire d'hygiène et de médecine légale. 1 vol. in-18 de 296 p., cart. — Prix : 3 fr.

Aide-mémoire de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacologie, 1 vol. in-18 de 276 p., cart. — Prix : 3 fr.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 29 MARS AU 4 AVRIL 1891

Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 0. — Rougeole, 35. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 11. — Diphtérie, croup, 44. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 231. — Autres tuberculoses, 36. — Tumeurs cancéreuses et autres, 60. — Méningite, 32. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 61. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 66. — Bronchite aiguë et chronique, 104. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 121. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 56. — Fièvre et péritonite puerpérales, 7. — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 33. — Sénilité, 44. — Suicides et autres morts violentes, 31. — Autres causes de mort, 202. — Causes inconnues, 8. — Total 1217.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 53, Av Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

CHIRURGIE PRATIQUE

DE LA CIRCONCISION ENVISAGÉE PRINCIPALEMENT CHEZ L'ADULTE. MANUEL OPÉRATOIRE ET PRATIQUE SIMPLIFIÉE DE L'OPÉRATION SANS PRÉLIMINAIRES ET CONSÉCUTIFS (1).

Par le Dr Paul Thiéry.
Prosecteur de la Faculté.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

L'opération du phimosis appelée à tort posthitotomie n'est certes point une de celles qui doive être enrichie d'un procédé nouveau : trop nombreux sont ceux qui existent déjà, et trop riche, nous voulons dire trop encombrant, l'appareil instrumental. Est-ce à dire que l'on soit pas pour cela arrivé à la perfection, et qu'il ne soit pas possible d'ajouter quelque chose à l'ensemble des divers temps dont se compose cette opération ?

A coup sûr c'est une des plus délicates de la chirurgie courante, si le chirurgien veut bien considérer qu'une opération aussi bénigne doit être menée rapidement à guérison ; qu'il n'en doit résulter ni infirmité ni difformité pour le sujet qui s'y soumet; une certitude de succès pouvant seule justifier une intervention qui peut souvent être classée dans les opérations dites de complaisance.

Ces remarques sembleraient superflues si nous ne nous hâtions de dire ce que nous entendons par une circoncision bien faite an double point de vue de la rapidité de la guérison et de la perfection... esthétique du résultat.

(1) Cette étude de la circoncision chez l'adulte était écrite et remise à l'impression lorsque nous eûmes connaissance du très intéressant mémoire que, frappé comme nous de l'absence d'une description pratique de l'opération dans tous ses détails, M. Félizet vient de publier sous le titre « Etudes de chirurgie infantile. De la circoncision. Indications et manuel opératoire. » Nous regrettons d'autant plus de n'avoir pas connu à temps ce mémoire que sur bien des points, nous avons l'honneur d'être en communion d'idées avec ce chirurgien : quelques-unes de ses phrases et de ses appréciations sont presque textuellement les nôtres. Nous serions désolé qu'on y vît un plagiat ; notre publication étant postérieure à la sienne. Comme lui nous avons reconnu combien les détails étaient nécessaires « aux chirurgiens désireux de réussir une opération dont la simplicité n'exclut pas la minutie ». Comme lui nous avons accordé à l'esthétique une place considérable. M. Félizet en est à sa 150e opération et cette pratique étendue se révèle dans les moindres détails de sa description. Bien qu'il ait spécialement en vue la circoncision infantile, il n'en reste pas moins plusieurs points communs à la circoncision chez l'adulte et chez l'enfant. Non-seulement nous ne pouvions passer ce mémoire sous silence, mais nous devions montrer les points qu'il a de commun avec le nôtre et les différences d'opinion qui existent. Nous prions M. Félizet de nous excuser si nous ne pouvons qu'annoter notre travail pour le rapprocher du sien : nous en avons dit les motifs.

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Suite (1)

III. — Ayant à prononcer un discours à la séance de rentrée des Facultés de Lyon, M. le Prof. Lépine a songé à présenter à ses auditeurs un fragment de l'histoire de la thérapeutique (2).

Choisissant une des époques où la civilisation a été le plus florissante, l'ère des premiers Césars, il a recherché ce qu'était l'art de guérir au moment où les lettres et la philosophie brillaient d'un si vif éclat. Nous allons reproduire les principaux traits de cette étude forcément rapide.

Après la conquête de l'Orient, lorsque, suivant l'expression d'Horace, la Grèce, ayant dompté ses vainqueurs, fit en quelque sorte renaître sur le sol italien sa civilisation, ses arts et sa science, bon nombre de médecins traversèrent l'Adriatique à la suite des rhéteurs et des artistes, empressés comme eux à tirer parti de leurs talents dans la capitale du monde. Tels furent Asclépiade, Thémison, Soranus (d'Ephèse), Arétée (de Cappadoce) et Galien.

C'est surtout aux ouvrages de Celse, de Galien, de Pline le Naturaliste et de Dioscoride que M. Lépine a emprunté les matériaux de son discours.

Après nous avoir montré de quelle influence les charlatans jouirent dans Rome, à quelque secte qu'ils appartinssent : dogmatique, pneumatique, éclectique, méthodique, M. Lépine nous montre les défectuosités et surtout les aberrations d'une thérapeutique qui, ne pouvant s'appuyer encore sur des connaissances positives, allait comme à veau l'eau. On tâtonnait, et nécessairement, on composait des remèdes complexes.

Ainsi fit Andromaque, archiatre de Néron, qui imagina de perfectionner la panacée des empiriques; il y introduisit soixante-dix substances, parmi lesquelles des vipères sèches. Un certain Xénocrate, Galien l'affirme, voulut même y introduire de la chair humaine! Telle est la drogue monstrueuse à laquelle on donna le nom de thériaque, et qui, débarrassée, il est vrai, de quelques-uns

(1) Voir les numéros 13 et 15.

(2) *La Thérapeutique sous les premiers Césars.* In-8. Paris. Félix Alcan, 1890.

Trop nombreux sont les chirurgiens qui, sans avoir étudié la question, sans avoir revu *à de longs intervalles* leurs patients, concluent qu'ils ont toujours en en quelques jours un bon résultat ; c'est l'affirmation banale, sans précision, à laquelle nous opposerons le principe suivant (1) :

Une circoncision totale peut être réputée suivie d'un bon résultat opératoire, lorsque dans des conditions normales de phimosis congénital, chez un sujet bien portant, les points de suture ou serre fines peuvent être enlevés à la fin du second jour au plus tard, lorsqu'à ce moment la ligne de réunion, à la solidité près, peut être considérée comme parfaite sans présence d'aucune souillure, croûtes, pus ou sang coagulé (2). *En d'autres termes, il faut que le chirurgien, examinant le sujet quatre à cinq jours après l'opération, puisse identifier le résultat d'une réunion datant de un ou deux mois et que quelques mois après l'opération on ne puisse trouver littéralement aucune trace de l'opération* (3).

Nous demandons en vérité, la question étant ainsi posée, si ce résultat est aussi souvent obtenu que les pseudo-réunions par première intention dont parlent bien des chirurgiens. Evidemment, il y a réunion chaque fois que la peau ne se rétracte pas bien au-delà de la muqueuse, mais dans cette réunion factice, il y a des degrés ; pour nous, nous n'en admettons pas en ce qui concerne cette opération ; elle est parfaite ou n'est pas ; la cicatrice est d'emblée *mathématiquement* linéaire ; à cette seule condition, le résultat peut être dit parfait.

Nous avons dit que ce sont des conditions bien rarement réunies et l'on se rendra compte, en lisant la statistique de près de 50 cas, sur lesquels nous avons recueilli des notes et opérés par nous, que nous sommes loin de l'obtenir toujours (1). Cependant, grâce à nombre de précautions spéciales que beaucoup accuseront d'être méticuleuses, nous avons dans ces dernières années amélioré de beaucoup nos résultats, à tel point qu'aujourd'hui il est peu de nos opérés qui ne quittent au plus tard le quatrième jour la chambre ou l'hôpital après un succès opératoire et esthétique parfait, conformément aux conditions que nous avons établies plus haut.

Nous ferons observer qu'il en est rarement ainsi, et, si chez les chirurgiens de l'hôpital du Midi, où l'opération est habituelle, nous avons vu de beaux succès, il est loin d'en être de même dans tous les services hospitaliers et dans la pratique civile : on nous accordera qu'en général huit jours sont demandés au malade comme minimum de séjour avant de quitter l'hôpital; bien souvent la sortie s'effectue à ce moment alors que la suppuration existe encore, si minime qu'elle soit ; nous avons vu de véritables mutilations du prépuce, avec cicatrice encroûtée 20 jours (!!) après l'opération, et nous connaissons tel praticien éminent, bien que n'appartenant pas au corps enseignant ou aux hôpitaux, qui alita plus d'un mois un malade de la ville par cette simple opération, bien qu'il n'y eut pas à proprement parler d'accident ou de complication toujours possible (hémorrhagie etc.) Depuis longtemps notre attention s'est portée sur ces faits et nous croyons qu'en se conformant à quelques préceptes que nous a suggérés une pratique déjà étendue de cette partie de la chirurgie il devient possible d'obtenir les meilleurs résultats (2).

(1) Il est bien entendu que toutes les considérations que nous émettons s'appliquent au phimosis congénital pur envisagé de préférence chez l'adulte, ou aux cas où la circoncision est faite sans phimosis proprement dit pour remédier à des poussées d'herpès rebelles, naturellement en dehors d'une phase d'éruption ; ou encore à ces cas plus rares de phimosis accidentels, où le chancre, syphilitique et siégeant à l'extrême limbe, n'a en rien influencé les tissus au niveau où porte la section.

(2) La présentation du malade que nous avons faite à la Société anatomique n'est point un argument à nous opposer. Bien que les bulletins portent que le malade était guéri au cinquième jour, nous avons *présenté* ce malade au 5e jour, mais en faisant remarquer que le 3e jour il était dans le même état qu'au 5e, et eût pu être présenté s'il y avait eu séance. Combien d'opérateurs pourraient affirmer retirer les points de suture comme nous retirons les serre-fines, les premières au bout de huit heures environ, les autres au bout de vingt-quatre et trente-six heures? Et serait-il rationnel de mettre en place aussi peu de temps une suture *inamovible* comme les fils de florence ou de catgut.

(3) « Pour la circoncision comme pour toutes les opérations plastiques l'idéal est que les choses soient mises dans un état tel qu'on ne s'aperçoive pas plus tard de l'intervention de la chirurgie ; à ce titre le lieu de la section du prépuce et la *pureté* de la réunion par première intention ont une importance de première ordre. » (Félizet, page 27). Ce mot de *pureté de la réunion* donne à notre sens la note très juste de ce qu'il faut entendre par réunion, et très bonne réunion. De ce qu'une réunion a été obtenue par première intention il ne s'ensuit pas qu'elle soit parfaite si la cicatrice est irrégulière et disgracieuse.

(1) « Une circoncision bien faite n'est pas chose aussi commune qu'on le croit généralement. » Felizet (page 26).

(2) On nous pardonnera quelques sévérités de langage ; nous n'ignorons pas que plusieurs de nos considérations ainsi érigées en principes pourrait étonner quelques chirurgiens. Notre pratique est déjà longue à cet égard, disons-nous ; c'est l'opération de la chirurgie courante avec laquelle nous sommes le plus familier, puisque nous avons déjà eu l'oc-

---

des éléments qui la souillaient, traversa les siècles sans rien perdre de sa popularité.

«Il y a moins de cent ans », ajoute l'auteur, « elle était préparée, en France, publiquement et en grande cérémonie. Tout récemment encore, elle avait sa place marquée dans l'officine des pharmaciens, et il se trouvait des médecins pour la prescrire ! »

M. Lépine aurait pu ajouter qu'il en existe encore!

« Outre la thériaque, qui était le type du genre, les empiriques employaient beaucoup d'autres médicaments composés, et, il faut bien le reconnaître, quelques-unes des associations qu'ils réalisaient n'étaient pas tout à fait irrationnelles : ainsi ils mélangeaient les narcotiques qu'ils regardaient comme froids, et qui le sont en réalité, puisqu'ils dépriment la température, avec des principes qu'ils jugeaient être chauds, par exemple des aromates. »

La secte des méthodiques créa en quelque sorte l'hygiène sous l'impulsion d'Asclépiade et de Thémison qui, dans le traitement des maladies chroniques, recherchaient une règle ayant pour but d'obtenir la *métasyncrise* ou *reconstitution* de l'organisme. Cette métasyncrise est décrite par Cœlius Aurelianus, qui, comme o salt, n'a fait que traduire en latin les écrits de Soranus, un des plus grands cliniciens de l'antiquité.

Par des prescriptions minutieuses touchant le régime, les méthodiques se flattaient « de modifier la constitution : après avoir vidé les pores par l'abstinence, et au besoin par la saignée, ils croyaient avoir le pouvoir, grâce à des aliments plus ou moins succulents, d'améliorer la qualité des humeurs. Telle était l'idée qui guidait les créateurs de cette méthode thérapeutique, assurément originale, et même rationnelle en théorie, mais qu'ils réalisaient d'une manière extrêmement défectueuse ».

Arétée, à qui nous devons d'excellentes descriptions de diverses maladies, notamment de l'angine diphthérique, se sépara des méthodiques. Sa pratique est, en général, beaucoup plus sage. Néanmoins, M. Lépine relève un sujet de la léthargie, cette prescription bizarrement motivée, « qu'il faut placer le malade en pleine lumière, parce que l'essence de la maladie est l'obscurité, et, d'autre part le maintenir au chaud, parce qu'elle est produite par un froid intérieur ! »

Voilà à quelles conceptions puériles et parfois dangereuses s'abandonnaient des hommes, qui, par l'intelligence et le jugement,

Nous allons étudier les procédés capables de donner les meilleurs résultats. Désirant donner de cette opération un manuel pratique complet, nous ferons précéder cette critique des meilleures méthodes de quelques réflexions sur les soins préliminaires à l'opération et sur les indications de l'anesthésie.

ANESTHÉSIE

Avant toute opération se pose la question assez importante de l'anesthésie, nous ne saurions partager l'opinion générale des chirurgiens qui accordent indistinctement à tous leurs malades, les bénéfices du chloroforme et sans la repousser d'une manière absolue, nous pensons qu'ici comme dans les petites opérations d'importance similaire (fistule anale, extirpation des kystes sébacés, etc.), la chloroformisation a des indications spéciales.

Nous avons été instruit à l'Ecole du Midi, où il ne se fait guère moins de 150 à 200 circoncisions par année, pour lesquelles il est fort rare que l'on pratique l'anesthésie, et s'il n'était pas, quoique toujours à tort, indispensable de faire quelque distinction entre les malades des hôpitaux et la clientèle de la ville, on pourrait, d'après ces chiffres, proscrire l'anesthésie. Cela serait excessif cependant. En règle générale, nous n'endormons pas le malade, nous lui représentons que l'opération est peu douloureuse, que, rapidement conduite, elle ne dure que six à dix minutes, pendant lesquelles la section seule provoque quelque douleur (nous savons cependant que l'application des fils et des serres-fines éveille aussi une vive sensibilité). La plupart du temps le malade accepte, surtout si on lui fait entrevoir non les dangers du chloroforme, maladresse qu'il faut bien éviter et qui deviendrait une cause (Le Fort) d'accident, si le malade persistait dans son désir, mais le malaise qui résulte de son administration pendant la journée et les suivantes.

Cette légère suggestion réussit le plus souvent et nous pourrions citer bien des malades de la ville, souvent jeunes, délicats ou craintifs qui ont supporté vaillamment l'épreuve, prêts à reconnaître après l'opération la modération de la douleur qu'ils imaginaient plus vive (1).

En un mot, dans les cas ordinaires et lorsque le malade ne réclame point impérieusement l'anesthésie, nous nous abstenons de la pratiquer, convaincus que les risques de l'opération ne sont pas proportionnés aux dangers de l'anesthésie chloroformique (2).

Nous ne pouvons réserver l'anesthésie qu'aux malades chez lesquels une sensibilité excessive ou un état nerveux exagéré créent de véritables difficultés capables de compromettre le résultat de l'opération. Il nous est arrivé de refuser l'opération à des sujets qui, vigoureux, bien portants, pusillanimes, n'ont point voulu écouter nos conseils à cet égard (3).

Nous ne pouvons en ce moment passer sous silence l'anesthésie locale, soit par l'éther, soit par la cocaïne ; nous n'avons confiance ni en l'un ni en l'autre : l'anesthésie par l'éther est infidèle, trop passagère et préjudiciable à une hémostase parfaite (que nous croyons absolument indispensable à la perfection du résultat) par rétraction des artérioles sous l'influence du froid ; de plus, l'éther se mettant en contact avec la surface sectionnée, devient lui-même une cause de douleurs (4).

Très partisan de la cocaïne pour quelques cas (hydrocèle, etc.), nous la rejetons ici comme inefficace si elle est employée sous forme de bains ou d'applications (nous possédons plusieurs cas où le malade nous ayant demandé de faire emploi de cet agent, nous a affirmé n'avoir que fort peu souffert à la suite

casion de la pratiquer 86 fois chez le vivant : en outre, les recherches que nous avons instituées pour nous ou les démonstrations faites devant les élèves sur le cadavre portent à environ 120 le nombre des cas où nous avons opéré. Le lecteur sera peut-être moins étonné après cet éclaircissement et excusera nos assertions, en apparence si impératives, pour un très jeune chirurgien.

(1) Plusieurs de nos malades conversaient et discutaient avec nous pendant l'opération.

(2) Il serait facile de prouver qu'il y a à Paris seulement plus de 20 morts imputables directement ou indirectement à cet anesthésie. Une série de catastrophes semblables fit grand bruit, il y a peu d'années, à Christiania. Nous connaissons un cas où, par une incision dorsale du prépuce (le fait se passait en 1884), le malade faillit succomber à la suite d'une alerte chloroformique. Ces dernières sont d'une fréquence incontestable.

(3) L'opinion de M. Felizet, à propos de l'anesthésie qu'il adopte toujours (page 30), n'infirme en rien la nôtre : il faut se rappeler qu'il parle d'enfants chez lesquels l'opération serait impossible ; le chloroforme est d'ailleurs beaucoup plus facile à donner, et son administration moins dangereuse chez ces jeunes sujets. Nous serions curieux de connaître son opinion sur la cocaïne appliquée à cette opération : il la redoute probablement chez les très jeunes sujets.

(4) Comme nous, M. Felizet (page 29), croit l'éther peu favorable à l'incision : il craint que la vitalité des tissus soit comprise : la chose est possible. Nous croyons plutôt à l'échec par hémostase insuffisante.

---

ne devaient pas être inférieurs à ceux de leurs contemporains, philosophes ou poètes dont nous admirons à bon droit les œuvres. Ce qui leur manquait, c'était la *vraie* méthode. Avec Galien commence une ère nouvelle. Avant lui à peine s'il était question de physiologie, assurément pas de médecine physiologique. Ce grand homme a créé la physiologie et compris qu'elle était la base de notre science. Le jour où, appliquant un cautère sur le dos, il a guéri une paralysie de la main que d'autres médecins avaient infructueusement traitée par l'application de remèdes sur la main elle-même, ce jour, dit l'auteur, marque une date dans l'histoire de la thérapeutique rationnelle.

« L'école de Cos, dont le plus illustre représentant est Hippocrate, avait, six siècles auparavant, fondé la médecine d'observation. Mais, faute de connaissances anatomiques, Hippocrate n'observait que l'*extérieur*, et tirait ses indications thérapeutiques des signes les plus apparents : les traits du visage, la langue, le pouls, etc. L'intérieur lui était à peu près inconnu ; et, malgré l'éclat des découvertes anatomiques faites à Alexandrie, la plupart des écoles qui se sont succédé jusqu'à Galien ignoraient, sinon complètement, la structure du corps, du moins n'en tenaient pres que pas compte. »

Galien eut le mérite immense d'essayer de pénétrer le mécanisme intérieur. Cependant il crut, à tort, comme l'école empirique, qu'un grand nombre de médicaments était nécessaire. Il se trompait. « Nous savons aujourd'hui qu'il suffit d'un très petit nombre, car il n'y a pas une infinité de manières d'agir sur l'économie ou sur la cause du mal. — Si nous nous ingénions à chercher de nouveaux médicaments, ce n'est pas, nous dit M. Lépine, pour augmenter notre arsenal thérapeutique, c'est pour substituer à de vieilles armes des armes perfectionnées ; ainsi on n'emploie presque plus la quinine dans les névralgies depuis que j'ai trouvé d'autres médicaments qui agissent mieux encore contre la douleur et n'en ont pas les inconvénients. »

Et M. Lépine termine sa brochure par ces lignes d'un optimisme que beaucoup trouveront exagéré :

« Jeunes gens qui étudiez la médecine, vous arrivez an bon moment. Il fut un temps, peu éloigné de nous, où la thérapeutique était dédaignée par les médecins les plus célèbres. Tout entiers à

d'applications d'où nous avions banni la cocaïne (!!). Elle est, de plus, préjudiciable à la réunion par première intention si elle est employée sous forme d'injections hypodermiques, car elle œdématie le tissu si lâche inter-cutanéo-muqueux et sous-cutané, ce qui constitue une contre-indication à son emploi, contre-indication toute spéciale à la région qui nous occupe.

(*A suivre.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

COMMENTAIRE DE LA NOUVELLE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Projet discuté et adopté par la Chambre des députés, dans ses séances des 17 *et* 19 *mars* 1891. (*Journal Officiel* des 18 et 20 mars 1891.

par le Dr F. de Ranse
et A. Léchopié, avocat à la Cour de Paris.

(*Suite*) (1).

DENTISTES

ARTICLE 5

L'exercice de la profession de dentiste est interdit à toute personne qui n'est pas munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé ou d'un brevet de dentiste, délivré par le gouvernement français à la suite d'examens subis devant un établissement d'enseignement médical supérieur de l'Etat et suivant un règlement d'études délibéré en Conseil supérieur de l'instruction publique.

Historique. — De même que, pour l'exercice de la médecine, il y a eu et il y a encore des partisans de la liberté, *a fortiori* y en a-t-il pour l'exercice de la profession de dentiste. Tandis que l'Ecole dentaire de la rue Rochechouart, à Paris, est pour le libre exercice, celle de la rue de l'Abbaye est, paraît-il, d'une opinion opposée. Après une longue hésitation on s'est rallié à l'idée de la réglementation.

Sous l'ancien régime, l'art dentaire était considéré comme une branche de la chirurgie. Ainsi les édits de février 1730 et du 20 mai 1768, titre IX, art. 126 et suiv., assujétissaient les dentistes à obtenir un diplôme d'experts-dentistes. devant le collège de chirurgie, à la suite de certaines épreuves théoriques et pratiques. La loi de l'an XI n'ayant point parlé des dentistes, les tribunaux et la Cour de cassation avaient fini par conclure à la liberté de la profession; mais la doctrine partageait généralement l'avis contraire.

Institution du brevet. — Voici les raisons données par M. Brouardel, commissaire du gouvernement, pour la réglementation : « La profession de dentiste n'est plus du tout ce qu'elle était il y a vingt ans. La France est restée, sur ce point, très longtemps en retard. Nous avons été instruits par l'étranger qui nous a appris ce que devait être la profession. Il y a toute une éducation à faire. Elle a été tentée surtout par deux écoles dentaires de Paris qui nous ont montré comment on devait considérer l'enseignement de l'art dentaire. ...Il n'y a presque plus de dentiste... qui ne chloroformise ou ne se serve de la cocaïne ainsi que de l'arsenic pour bourrer les dents; qui, en un mot, ne manipule des substances qui peuvent donner la mort... Quand une profession... manie des substances aussi dangereuses, il serait imprudent de la laisser aux mains du premier venu. Pour ma part je pourrais citer le cas de ce dentiste qui, à sa mort, a eu son domestique pour successeur... Il y a là une organisation très simple à constituer; nous en avons les éléments dans les écoles libres dentaires; je crois qu'il serait sage de continuer et de prendre exemple sur l'initiative privée. »

Dans le sein de la Commission, une faible minorité s'était opposée à la réglementation, s'appuyant notamment sur l'inconvénient de créer, en quelque sorte, une nouvelle catégorie de médecins, au moment où l'on voulait réaliser l'unité des titres, et les délégués de l'Ecole dentaire de la rue Rochechouart mettaient en avant la pénurie des dentistes en France où l'on n'en compterait que 1,800 contre 5,000 en Angleterre, et 14,000 aux Etats-Unis. Que de dentistes!

Enfin, lors de la discussion à la Chambre, M. Isambart estimait que, s'il y avait lieu de réglementer la profession, ce n'était pas dans une loi organique sur l'exercice de la médecine, la profession de dentiste n'étant nullement comparable, au point de vue social, à celle de médecin. Alors, disait-il, pourquoi ne pas réglementer aussi d'autres professions qui touchent également à la médecine, comme celles de pédicure, de masseur, etc.; le dentiste fait de la prothèse dentaire bien plus que des opérations chirurgicales.

En tout cas, ajoutait M. Isambart, je propose qu'on remplace le diplôme par un brevet, parce que le diplôme est un titre universitaire et que les docteurs en médecine sont bacheliers. C'est sur cette proposition que le mot diplôme a été remplacé, dans l'article 5, par le mot *brevet*. Il y a là une distinction assez subtile peut-être, mais alors, pour être logique, il eût fallu étendre l'appellation aux sages-femmes et officiers de santé qui ne sont pas tenus de justifier du baccalauréat, ce que l'on a négligé de faire, jusque dans ce même article.

Enseignement. — D'après l'article 5, le brevet sera délivré aux dentistes à la suite d'examens passés devant un établissement d'enseignement médical supérieur de l'Etat (Faculté, Ecole de plein exercice ou Ecole préparatoire), suivant un règlement d'études à délibérer en Conseil supérieur de l'Instruction publique.

Comme nous l'avons déjà fait remarquer dans nos observations préliminaires, le législateur s'abstient, ici comme ailleurs, de réglementer lui-même les questions d'enseignement, même dans un cas où elles ne l'étaient pas encore.

On lit, à ce sujet, dans le rapport de M. Chevandier : « On ne pouvait obliger les candidats à suivre les cours des écoles dentaires existantes ou les cliniques dentaires de quelques hôpitaux de Paris. C'eût été les astreindre à venir faire leurs études dans la capitale. Leur demander des certificats de stage dans les cabinets de dentistes, c'eût été oublier le peu de foi qu'on peut accorder à ces sortes d'attestations souvent de complaisance. La déclaration faite par l'honorable doyen de la

(1) Voir les numéros 14 et 15, 1891.

l'étude des lésions et des symptômes, ils se préoccupaient trop peu de les traiter. Doutant de l'utilité d'une intervention active, ils érigeaient l'expectation en système! Aussi voyait-on les maladies s'éterniser pendant des mois. Ces mêmes maladies, nous les guérissons maintenant en quelques jours. La thérapeutique s'est relevée d'un discrédit aussi injuste que funeste; elle est remise en honneur, et son enseignement a acquis une légitime autorité. Ecoutez les préceptes de vos maîtres. En vous y conformant, vous jouirez de la plus grande satisfaction que puisse éprouver le médecin, celle d'être utile. Quel stimulant dans votre labeur quotidien, souvent pénible, quel réconfort aux heures de lassitude que de pouvoir réaliser l'antique devise de notre profession : *Guérir souvent, soulager toujours!* »

Dr Albertus.

(*A suivre.*)

Faculté de médecine de Paris que nul diplôme de scolarité dentaire ne serait réclamé des candidats, nous a mis à l'aise. Nous ne leur demanderons pas de certificat d'origine, dit-il, d'où qu'ils viennent nous les déclarerons aptes à recevoir leur diplôme dès que, par leurs examens, ils auront prouvé leur aptitude professionnelle. Voilà qui est entendu... Qu'ils viennent de l'Ecole dentaire de la rue Rochechonart ou de celle de l'Abbaye; qu'ils sortent de la Faculté libre de médecine de Lille, seule Faculté où soit institué un enseignement spécial; qu'ils aient été attachés aux cliniques particulières de l'hôpital des Quinze-Vingts, ou de l'hôpital de la Pitié; qu'ils soient élèves de M. le Dr Magitot ou de M. le Dr Aguilhon ou d'un simple dentiste, ils seront autorisés à se présenter devant les examinateurs et à donner la preuve de leurs aptitudes. De cette façon, ceux qui ont eu la louable initiative soit d'ouvrir des cliniques spéciales, soit de fonder des Ecoles dentaires, recevront bientôt le prix de leurs efforts. Nous laissons à un règlement d'administration publique le soin d'établir les programmes des examens et la composition des jurys. »

Le défaut d'enseignement officiel de l'art dentaire n'avait pas peu contribué, pendant longtemps, à faire douter de l'opportunité de la réglementation.

Celle qui résulte de la nouvelle loi est-elle suffisante pour prévenir les abus et ne pourra-t-elle pas même en faire naître? Cela dépendra beaucoup du programme d'études qui, d'après l'article 5, sera arrêté après délibération du Conseil supérieur de l'Instruction publique. La pratique du dentiste n'est plus aujourd'hui limitée aux soins des dents malades, à la fabrication et à l'application d'appareils prothétiques. Depuis que bon nombre de docteurs, ayant d'ailleurs fait des études générales sérieuses, ont embrassé la spécialité, celle-ci a des visées plus hautes et comprend, dans son champ d'observation et d'action, toutes les maladies de la bouche, médicales ou chirurgicales. L'odontologie s'est transformée; elle est devenue la *stomatologie*, c'est-à-dire une branche de la médecine tout aussi difficile et aussi importante que ses voisines, la laryngologie, la rhinologie, l'otologie, etc. C'est pour cela que d'excellents esprits ont émis l'opinion d'exiger du dentiste les mêmes garanties d'études et de savoir que des autres spécialistes, et réclament pour tous l'obligation du diplôme de docteur.

Peut-on, théoriquement et pratiquement, établir une ligne de démarcation entre les maladies de la bouche en général et celles qui affectent plus spécialement le système dentaire, faire rentrer les premières dans les attributions du docteur et, à l'exclusion de celles-ci, réserver les secondes au dentiste muni d'un simple brevet? Evidemment non; aussi les dentistes pourront-ils, tout à loisir, faire des excursions dans le domaine de la stomatologie, excursions qui, en vertu du paragraphe 3 de l'article 21, constituent en réalité autant de faits d'exercice illégal de la médecine. Ces faits seront difficiles, sinon impossibles à atteindre; mais c'est là un inconvénient de second ordre si on le compare à ceux qui pourront résulter, pour les malades, de l'incapacité et de la hardiesse de certains dentistes auxquels ils se seront confiés.

Pour prévenir, dans la mesure du possible, les conséquences de cet état de choses, il faut, ou exiger de tout dentiste, le diplôme de docteur, ce qui serait préférable mais paraît difficile, ou tout au moins assurer, à un degré suffisant, sur les maladies de la bouche, l'instruction théorique et pratique des dentistes simplement brevetés: c'est le point sur lequel il importe d'appeler l'attention du Conseil supérieur de l'Instruction publique, en vue du règlement d'études qu'il aura à élaborer.

ARTICLE 6

Le droit d'exercer la profession de dentiste est, par disposition transitoire, maintenu à tout dentiste justifiant, par la production de sa patente, d'une année d'exercice au jour de la promulgation de la présente loi.

Cette tolérance ne donne, dans aucun cas, aux dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent, le droit de pratiquer l'anesthésie.

Il résulte de la discussion que cet article est identiquement celui du dernier projet du gouvernement substitué au projet de la Commission, sauf qu'une seule année d'exercice remplace les deux années primitivement exigées.

Le projet de la Commission ne portait également qu'une année, mais interdisait à tous les dentistes, même brevetés, de pratiquer l'anesthésie générale ou locale sans l'assistance d'un docteur, et, dans une seconde proposition, l'anesthésie générale seulement, l'anesthésie locale étant considérée comme moins dangereuse.

Dorénavant, le projet présenté par le gouvernement ayant prévalu, l'interdiction de pratiquer l'anesthésie, soit générale, soit locale, ne s'appliquera qu'aux dentistes non brevetés transitoirement conservés.

En ce qui concerne les dentistes brevetés, M. Brouardel, comme commissaire du gouvernement, a fait la déclaration suivante: « Le gouvernement pense qu'il y a avantage à ce que, lorsque les dentistes auront reçu cette éducation spéciale qui se terminera par l'obtention d'un brevet, ils puissent accomplir tous les actes de leur profession sans surveillance. Il nous paraît difficile de le leur interdire, puisque nous avons demandé qu'on leur donne l'instruction qui les mette à même d'exercer seuls..... Ceux qui auront obtenu le brevet pourront anesthésier, d'après le projet du gouvernement... Ce droit ne sera pas reconnu à ceux qui continueront à exercer parce qu'ils sont actuellement en possession du titre de dentiste... Ils pourront continuer à exercer, mais ne pourront pratiquer l'anesthésie soit générale, soit locale, sans l'assistance d'un docteur. »

M. Chevandier, rapporteur, présentait au contraire les observations ci-après. « ...Nous voudrions qu'on ne descendît pas dans les espèces et que la loi fût la même pour les dentistes d'hier et pour ceux de demain... J'estime qu'il y a des inconvénients assez sérieux à les traiter différemment.

La loi atteindra demain des dentistes jouissant d'une grande réputation. Par le fait seul qu'ils se refuseront à se présenter devant une commission d'examen, malgré l'expérience qu'ils ont acquise depuis plusieurs années ils seront privés du droit de pratiquer l'anesthésie, locale ou générale, sans l'assistance d'un docteur, alors que de jeunes dentistes inexpérimentés auront ce droit qui leur donnera un avantage sur leurs confrères. Je crains que ce ne soit abusif. Les clients qui iront chez le dentiste voudront profiter, autant que possible, de cette heureuse découverte de l'anesthésie. S'il faut à la fois payer le dentiste et le docteur qui viendra l'assister, je crois que beaucoup de gens hésiteront avant d'aller chez le dentiste; vous ferez de l'anesthésie une prérogative pour les riches et condamnerez les pauvres à la douleur. C'est peu démocratique.

Eh bien! nous voulons qu'on fasse, à tous ceux qui souffrent, les mêmes conditions, qu'ils aillent chez un dentiste d'hier ou un dentiste de demain. Nous réclamons donc que tous les dentistes puissent pratiquer l'anesthésie locale. »

Ainsi, en dernière analyse, la Commission proposait de permettre à tous l'anesthésie locale comme moins dangereuse, d'interdire à tous, brevetés ou non, l'anesthésie générale.

Le dernier projet du gouvernement, en l'emportant, met

donc dans une grande infériorité, au point de vue de la clientèle, les dentistes actuels, quelles que soient leur capacité et leur réputation. Il est vrai qu'à cet égard il n'y aura peut-être, au fond, pas grand changement pour eux, à l'ancien état de choses, puisque la justice avait déjà condamné des dentistes non diplômés, tant pour exercice illégal de la médecine que pour homicide par imprudence, à raison d'accidents survenus par l'usage des anesthésiques (En ce sens : jugement du tribunal correctionnel de Lille du 8 avril 1873, Dalloz, 73-3-79; arrêt de la cour de Douai du 26 mai 1873, *Droit*, du 13 juin 1873).

Bien que l'article 6 défende aux dentistes non brevetés de pratiquer l'anesthésie, et ne parle pas, comme le projet de la Commission, de l'assistance d'un docteur, il ne paraît pas douteux qu'ils pourront l'employer avec cette assistance ou ce concours. L'intervention d'un officier de santé serait-elle suffisante? On peut l'admettre, dans le silence du texte, puisque l'emploi de l'anesthésie ne saurait rentrer dans les grandes opérations chirurgicales et qu'un officier de santé a le droit de la pratiquer lui-même, ne fût-ce d'ailleurs que comme dentiste. Nous croyons que ce n'est que par inadvertance qu'au cours de la discussion à la Chambre, M. Brouardel a parlé de l'assistance d'un docteur. Ne faut-il pas aller plus loin et dire, ce à quoi personne ne paraît avoir songé, au milieu de tous ces remaniements de l'article 6, qu'un dentiste non breveté pourra employer l'anesthésie avec l'assistance ou le concours d'un dentiste breveté. Puisque celui-ci a reçu le droit d'opérer seul, *a fortiori* peut-il assister son confrère. *Ubi eadem est ratio, ibi idem jus esse debet.*

Enfin, en présence des termes absolus de l'article 6 qui interdit aux non brevetés de pratiquer l'anesthésie, on peut soutenir que le rôle du docteur, de l'officier de santé ou du dentiste breveté ne devra pas être celui d'un simple surveillant ou aide, mais qu'il devra procéder lui-même.

Le projet de la Commission mentionnait que le droit d'exercer la profession était transitoirement maintenu à tout dentiste, *quelle que fût sa nationalité.* M. le Président de la Chambre a fait remarquer que ces expressions ne figuraient pas au projet du gouvernement; mais il a été reconnu que le silence n'impliquait en rien que la qualité de Français fût pour cela exigée. A ce sujet, Déroulède, c'était inévitable, a proposé un amendement ayant pour but de réserver le droit d'être dentiste aux seuls patriotes ! Il a même eu un assez joli mot: Soyons Français jusqu'aux dents, s'est-il écrié, aux applaudissements de la Chambre... qui a rejeté l'amendement!

La lecture du rapport de M. Chevandier révèle, au sujet de cette mesure transitoire de l'article 6, que de longs débats eurent lieu sur la rétroactivité de la loi, sur la lésion des droits acquis. Sans vouloir critiquer cette mesure justifiée à coup sûr, en fait, par la situation et la valeur considérables des grands dentistes actuels, on peut toutefois faire remarquer, au point de vue doctrinal, qu'il ne pouvait guère s'agir ici d'une question de rétroactivité de la loi qui peut toujours prescrire, à notre avis, d'une manière absolue, des conditions de capacité là où il n'en était pas exigé préalablement. Les dentistes actuels, au cas de suppression, ne pourraient même prétendre à être indemnisés, car ils n'avaient reçu aucun droit spécial, aucun diplôme du gouvernement. La jurisprudence ne les avait même pas toujours reconnus. Les officiers de santé, les herboristes, au contraire, qui ont reçu un diplôme, attribué d'ailleurs au mérite, et sans lequel on ne peut exercer la profession, devraient être indemnisés, expropriés pour cause d'utilité publique, s'ils venaient à être supprimés, sans mesure transitoire. On ne saurait légalement et équitablement, sans cette indemnité, leur ravir leurs droits régulièrement et indiscutablement acquis, leur appliquer rétroactivement la loi nouvelle. Lors du vote de la loi sur la pharmacie par exemple, si l'on supprimait les herboristes, ou même simplement si l'on modifiait profondément leurs conditions d'existence, force serait donc de les indemniser. En effet, aux termes de l'article 545 du code civil, nul ne peut être dépouillé de sa propriété, si ce n'est pour cause d'utilité publique, et moyennant une juste et préalable indemnité.

ARTICLE 7

La dispense de brevet prévue par l'article précédent sera également accordée à ceux qui, étant présents sous les drapeaux au moment de la promulgation de la présente loi, justifieront d'au moins un an de pratique comme dentistes dans un régiment ou un hôpital militaire.

La disposition de l'article 6 se justifie, non par l'aptitude que présentent les dentistes ayant un an d'exercice, mais par le ménagement et le respect dus à une situation et à une clientèle existantes. Celle de l'article 7 ne saurait avoir précisément la même raison d'être et ne paraît guère avoir d'autre cause que la faveur, parfois peut être un peu irréfléchie, que nos Chambres se montrent toujours disposées à accorder généreusement à tout ce qui concerne le militaire. Puisque l'on juge utile de soumettre l'exercice de l'art dentaire à une réglementation, ne serait-il pas sage de spécifier au moins que les dentistes que vise l'article 7 conserveront la situation qu'ils peuvent avoir au régiment ou à l'hôpital militaire, mais ne pourront se livrer à aucun exercice civil de la dentisterie (pour employer le pittoresque néologisme de M. Brouardel)?

Il faut d'ailleurs dire que cet article 7, accepté il est vrai sans discussion par le gouvernement et la Commission, ne figurait ni dans le projet de l'un ni dans celui de l'autre. C'est un exemple de plus de ces amendements introduits à la dernière heure, généralement sans examen suffisant, sur la proposition de membres du parlement qu'inspirent des considérations toutes spéciales. C'est ce que d'aucuns qualifieraient peut-être d'amendement patriotique, puisqu'il paraît que le patriotisme doit se glisser et se nicher en toutes choses!

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

(*Suite*) (1).

III. — Sur un cas d'affection du segment terminal de la moelle et de la queue de cheval, par M. Bechterew. (*Wratsch*, 1890, n° 39.)

IV. — Sur l'ataxie aiguë, par le professeur Leyden. (*Zeitschrift für Klin. Medicin.*, t. XVIII. fasc, 5 et 6, p. 576, 1891.)

V. — Sur l'étiologie du tabes, par le professeur M. Bernhardt. (*Neurologisches Centralblatt*, 1891, n° 23, p. 705.)

III. — Bechterew a observé un malade âgé de 35 ans, qui depuis plusieurs semaines ressentait une faiblesse dans les membres inférieurs, faiblesse qui était allée en augmentant; cet état de parésie se compliquait de troubles de la miction et d'une anaphrodisie. En examinant le malade on constatait de l'anesthésie et de l'analgésie au niveau du pénis, du scrotum, du périnée, des fesses, et de la partie postéro-interne des cuisses. La force musculaire avait considérablement diminué; le malade ne pouvait plus marcher qu'à l'aide d'une canne. Il n'y

(1) Voir le numéro précédent.

avait pas d'atrophie musculaire. Les réflexes patellaires s'exécutaient normalement; le réflexe du tendon d'Achille était supprimé. En fait de réflexes cutanés, seuls ceux de la région fessière étaient abolis. Par moments le malade avait des évacuations involontaires d'urine et de matières fécales; en temps ordinaire, constipation opiniâtre. La percussion du sacrum développait des douleurs très vives. Le malade avait en jadis la syphilis.

C'est en se basant sur cet ensemble de symptômes, que M. Bechterew a cru devoir porter chez son malade le diagnostic d'affection de la portion terminale de la moelle et de la queue de cheval.

M. Bechterew a esquissé ensuite la symptomatologie générale des affections qui ont pour siége cette portion terminale du névraxe rachidien, en faisant ressortir la concordance qui existe entre les données de la clinique et les résultats de l'expérimentation (section de la queue de cheval chez des chiens).

IV. — M. Leyden distingue deux variétés d'ataxie aiguë : L'une, d'origine centrale (cérébrale), présente comme symptômes les plus saillants, une incoordination motrice aiguë, le plus souvent sans troubles de la sensibilité, sans abolition des réflexes; de l'embarras de la parole qui est scandée, une diminution de l'intelligence, symptôme fréquent mais qui peut manquer. Dans quelques cas, la terminaison est favorable, la guérison survient au bout de quelques semaines; dans d'autres cas les accidents passent à l'état de chronique, la maladie devient incurable, sans suivre une marche progressive. Le dénouement fatal, quand il se produit, est amené par une maladie intercurrente. Cette forme correspond en somme à l'état pathologique que Westphal a décrit dès 1872 sous le titre : Sur une affection du système nerveux, consécutive à la fièvre typhoïde et à la variole (*Berliner Klin. Wochenschrift* 1871, nº 47.) et dont il faisait ressortir les analogies avec la sclérose en plaques. Son étiologie peut se résumer dans ces quelques mots : Tantôt les accidents se développent d'une façon en apparence spontanée, tantôt à la suite d'un traumatisme ou d'une affection réputée infectieuse (variole, fièvre typhoïde, dysentérie, érysipèle). Il n'y a pas de traitement défini à opposer à la maladie. Il faut s'en tenir à des prescriptions hygiéniques et diététiques (reconstituants). Selon toute vraisemblance le processus anatomo-pathologique consiste dans une encéphalo-myélite (aiguë) disséminée sous forme d'îlots plus ou moins volumineux, ayant pour siége principal la protubérance.

La seconde forme d'ataxie aiguë est qualifiée par Leyden de sensitive ou sensorielle; elle se rattache à la névrite multiple (pseudo-tabes, neuro-tabes périphérique) des auteurs français modernes. Elle offre souvent une ressemblance frappante avec l'ataxie motrice du tabes classique, dont elle se distingue par l'acuité du développement de l'ataxie motrice, et par la fréquence relative de la guérison. Quand elle se termine par la mort, celle-ci est causée par des complications. Les symptômes de cette seconde forme consistent en troubles de la sensibilité occupant les membres inférieurs, douleurs, hyperesthésie, phénomènes de paresthésie, anesthésie. Presque toujours l'embarras de la parole fait défaut. Tantôt les accidents se développent à la suite de l'exposition au froid et à l'humidité, tantôt à la suite d'une affection fébrile aigue, ou d'une intoxication (plomb, alcool, arsenic); peut-être la syphilis joue-t-elle un certain rôle dans l'étiologie de cette forme.

Après un rapide exposé historique de la question, M. Leyden relate un cas d'ataxie, observé récemment par lui, et qui a évolué sous les traits du pseudo-tabes aigu. La question de savoir si des cas de ce genre peuvent dégénérer en tabes vrai est à réserver.

V.—M. Bernhardt a communiqué à la Société de psychiatrie de Berlin, l'observation d'une femme âgée de 28 ans, sans tare neuropathique héréditaire, sans antécédants syphilitiques. et qui présentait les symptômes du tabes dorsalis; les débuts de la maladie remontaient à une quinzaine de mois, c'est-à-dire au mois d'août 1889. La malade travaillait énormémen à la machine à coudre.

Au mois d'octobre de la même année, elle se maria. Durant l'hiver qui suivit, la difficulté qu'elle éprouvait à marcher augmenta considérablement, et elle fut prise de douleurs extrêmement violentes dans les membres inférieurs et dans les lombes. Grossesse remontant à la fin de mars. Les douleurs s'exaspérèrent au point qu'un gynécologue consulté par la malade crut devoir provoquer l'accouchement avant terme. Les douleurs se calmèrent ensuite; la difficulté de la marche subsistait presque entière. A ce moment, la malade présentait les symptômes suivants : incoordination motrice dans les membres inférieurs, grande incertitude de la marche qui ne peut se faire que sous le contrôle de la vue; la malade se fatigue très rapidement; signe de Romberg. Impossibilité de marcher dans l'obscurité. Abolition des réflexes patellaires. Douleurs fulgurantes, marquées surtout la nuit. Les troubles de la sensibilité se réduisaient à l'impossibilité de se rendre compte des changements d'attitude imprimés aux membres. A l'époque de la communication de ce fait, il y avait des raisons de croire à l'existence d'une seconde grossesse chez cette femme. Mais la malade ayant cessé depuis plusieurs semaines de travailler à la machine à coudre, son état s'était sensiblement amélioré. La question était de savoir si cette amélioration se maintiendrait, si sous l'influence des progrès de la grossesse, la maladie nerveuse ne subirait pas une aggravation telle que la provocation de l'accouchement avant terme s'imposerait une seconde fois. M. Bernhardt a posé la question sans pouvoir la résoudre, étant donnée la rareté des faits connus où une grossesses'est développée chez une femme atteinte du tabes dorsalis. Son observation est également intéressante au point de vue étiologique, comme réalisant un nouvel exemple de tabes (ou pseudo-tabes?) développé en apparence du moins, sous l'influence du travail à la machine à coudre.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Etude clinique de la maladie de Thomsen,
par Francisque Deléage, 1891.

Cette curieuse maladie, caractérisée par des raideurs spasmodiques survenant à l'occasion des mouvements volontaires dans les muscles mis en jeu, a été décrite pour la première fois par Thomsen en 1876. Ce n'est qu'en 1883 que Ballet et Marie en donnèrent en France la première observation, et plus tard Charcot en vulgarisa la connaissance. Depuis lors plusieurs observations en ont été publiées en France et à l'étranger.

La maladie de Thomsen est une maladie héréditaire par excellence. Il est fréquent de la rencontrer chez plusieurs enfants dans une même famille. En tout cas, on retrouve toujours l'arthritisme et l'hérédité nerveuse, hérédité nerveuse psychique ou non. Thomsen avait déjà insisté sur ce point, en montrant l'aliénation mentale et les troubles psychiques chez les ascendants.

Les hommes sont surtout frappés, 35 fois sur 48; le début a eu lieu dans l'enfance, deux fois seulement il a eu lieu à l'âge adulte (20 à 24 ans).

Les émotions morales jouent le rôle d'agents provocateurs dans l'apparition des accidents.

Les symptômes de la maladie consistent surtout en troubles de la motilité et en raideurs musculaires.

C'est une raideur spasmodique qui s'empare de certains groupes de muscles à l'occasion d'un mouvement. Peu à peu la contracture cesse; sous les efforts du malade, les mouvements d'abord gênés redeviennent normaux au bout de quelques instants, à condition que le mouvement ne s'arrête pas et ne change pas de rythme.

Ces spasmes sont indolores, ou peu douloureux. Leur durée varie, selon les cas, de quelques secondes à plusieurs minutes Ils siègent de préférence aux cuisses, ou bien ils sont localisés à certains membres ou à certaines parties du corps, n'affectant, par exemple, que les muscles situés aux membres inférieurs; les muscles de l'extension peuvent être frappés aussi bien que ceux de la flexion, et la marche en est modifiée, le malade restant la jambe en extension ou en flexion selon le temps de la marche où on le considère.

On trouvera, dans la thèse de M. Deléage, de nombreux exemples de ces crampes, exemples qui sont des plus intéressants à lire et qui donneront mieux qu'une description dogmatique, l'idée qu'on doit se faire de la maladie de Thomsen.

Mentionnons cependant cette remarque, que les raideurs spasmodiques ne se produisent avec une certaine intensité que dans les mouvements qui nécessitent un effort, et que le retour à l'état normal est d'autant plus long que l'effort a été plus grand au début de la contraction musculaire.

Les spasmes peuvent envahir le tronc, le cou, la face, la bouche, les mâchoires, la langue, occasionnant des troubles de la parole et de la déglutition; enfin les muscles des yeux eux-mêmes peuvent être atteints.

Certaines circonstances favorisent ou atténuent les spasmes: la chaleur les diminue, tandis que le froid et l'humidité les augmentent. La répétition des mouvements, pourvu qu'elle ne soit pas poussée jusqu'à la fatigue, agit favorablement, il en est de même du repos physique. Les émotions, la crainte les aggravent, au contraire.

Des signes d'ordre physique accompagnent ces phénomènes. Les muscles sont notablement augmentés de volume dans presque tous les cas. Mais à côté de cette hypertrophie, on peut observer de l'atrophie musculaire localisée.

La raideur spasmodique ne se montre qu'à l'occasion des mouvements actifs à l'occasion lesquels la volonté intervient, certains mouvements réflexes agissent de même.

Les muscles organiques et par conséquent les sphincters sont indemnes.

La sensibilité reste intacte.

Quant aux réflexes, ils ne sont pas toujours normaux, ainsi que Thomsen l'avait dit. Très rarement augmentés, ils sont presque toujours diminués.

Comme symptômes concomittants, on a noté une lordose assez prononcée, des tremblements fibrillaires exceptionnels et des troubles psychiques, dont le principal est une crainte, de la part du malade, de révéler sa maladie, et un caractère taciturne et mélancolique.

Un des derniers caractères est basé sur les modifications de l'excitabilité électrique des muscles ainsi que Erb, le premier, l'a signalé.

Excitabilité du nerf plutôt diminuée qu'augmentée; secousses normales.

Les excitations accumulées, seules, provoquent des contractions toniques.

Excitabilité des muscles. — L'excitabilité mécanique est augmentée, la percussion légère du faisceau musculaire fait entrer celui-ci en contraction.

Il en est de même de l'excitabilité faradique des muscles et, plus faiblement, de l'excitabilité galvanique.

C'est à l'ensemble de ces réactions, comparées à celles que fournit l'excitation des nerfs, qu'Erb a proposé de donner la dénomination de *réaction myotonique.*

Les lésions anatomiques de la maladie de Thomsen affectent exclusivement les muscles et, en particulier, la fibre musculaire. Elles consistent en une prolifération des noyaux du sarcolemme et dans l'existence de vacuoles dans l'épaisseur des fibres musculaires. Le tissu interstitiel est indemne.

Ces constatations, faites d'abord par Erb, ont été vérifiées par M. Deléage, qui est revenu sur l'hypertrophie du protoplasma non différencié, amenant la dégénérescence et l'atrophie de la substance contractile.

Nous n'insisterons pas, dans le court aperçu que nous donnons de cette thèse très bien faite, sur le diagnostic différentiel avec la paralysie pseudohypertrophique, la tétanie, le tabès spasmodique, etc.

En somme, d'après M. Deléage, la maladie de Thomsen doit être considérée comme une myopathie *parenchymateuse*, à distinguer des atrophies familiales proprement dites qui sont des myopathies *interstitielles.*

La maladie de Thomsen est plutôt une infirmité qu'une maladie et aucun traitement n'a guère donné jusqu'ici de résultat bien appréciable.

H. B.

BULLETIN

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE, TENUE A PARIS LE DIMANCHE 5 AVRIL ET LE LUNDI 6 AVRIL 1891.

(Suite et fin) (1).

M. Lereboullet lit l'exposé de l'enquête sur la question de l'assurance en cas de maladie.

L'Annuaire de 1890 a publié une analyse détaillée des divers projets d'*Assurance contre la maladie* qui nous ont été adressés, ainsi que l'exposé des motifs qui avaient déterminé la Commission à ne proposer, provisoirement, aucune solution définitive.

Le 17 octobre 1890, le Conseil général appelait, à titre consultatif, ceux de nos confrères qui s'étaient plus spécialement occupés de discuter les projets d'assurances contre la maladie. MM. Bucquoy (de la Société centrale), Hameau et Lande (de la Société de la Gironde), Cézilly et Maurat (de la Société de l'Oise), Surmay (de la Société de Saint-Quentin) et Gallet-Lagoguey, président de l'Association médicale mutuelle de la Seine, répondirent seuls à cet appel (1).

Au nom de la Société de la Gironde, MM. Hameau et Lande nous apportaient un projet de règlement qui « *laissait à chaque*

(1) Voir le numéro précédent.

(1) *Commission de l'assurance en cas de maladie* : MM. Brun, Hérard, Bucquoy, Horteloup, de Ranse, Delignod et Lereboullet rapporteur.

Société locale le soin d'organiser et d'administrer le service de l'indemnité maladie ». De son côté M. Cézilly (*Concours médical* du 25 octobre 1890) affirmait que « *la création de l'indemnité-maladie, en empruntant à l'Association générale ses cadres dont le fonctionnement est gratuit, ne doit en rien engager ses finances non plus que sa responsabilité effective* ». Enfin le Dr Surmay (de Ham) reconnaissait, avec tous les jurisconsultes, qu'une modification aux statuts de l'Association ou tout au moins une autorisation nouvelle, serait nécessaire pour permettre l'adoption du projet qu'il avait rédigé.

« L'Association générale des médecins de France, lui avait dit, en effet, Me Duquénoy, conseil judiciaire de la Société de Saint-Quentin, étant d'après le texte de ses statuts une institution de *bienfaisance* dont le but est de donner des *secours* à ceux de ses membres qui sont réduits à la *détresse*, ne peut se rattacher une institution qui *garantirait* à tous ses membres un *droit absolu* et *sans contrôle* à une indemnité alors qu'ils seraient purement et simplement malades. »

Cette consultation reçut, dans la séance du 17 octobre, l'adhésion de Me Vannesson et des membres du Conseil général.

Aussi la proposition de M. le Dr Surmay dut-elle être écartée, les délégués reconnaissant qu'il ne fallait en rien toucher aux statuts de l'Association mais qu'il convenait d'inviter toutes les Sociétés locales à s'intéresser à l'œuvre qu'il s'agissait de fonder.

Votre Commission adopta alors le projet rédigé par la *Société de la Gironde* qui serait envoyé à toutes les Sociétés locales. Sur les instances des délégués de *l'Oise* il fut convenu qu'on y ajouterait, comme amendements, quelques-uns des articles extraits du projet présenté par MM. Cézilly et Maurat.

Le Conseil général, approuvant le rapport de la Commission, déclara de nouveau combien il était sympathique à toutes les œuvres qui peuvent avoir pour objet de défendre les intérets moraux et d'améliorer la situation matérielle des médecins. Toutefois, il ne put manquer de faire remarquer que l'assurance contre la maladie *restant facultative*, il n'était possible d'imposer la mission d'organiser, d'administrer et de gérer l'œuvre nouvelle qu'à ceux de nos collègues qui en auraient accepté les statuts et se seraient engagés à verser la cotisation supplémentaire qu'ils exigent.

Le Conseil général vous soumettait alors les questions suivantes :

1° Votre Société locale se prononce-t-elle pour la réaction d'une caisse d'assurance contre la maladie ?

2° En cas d'affirmative, combien pensez-vous que la nouvelle institution puisse compter d'adhérents parmi vos co-associés ?

3° Le président et le trésorier de votre Société, s'ils étaient adhérents à l'œuvre nouvelle, consentiraient-ils, en cette qualité, à l'administrer et à la gérer.

Cinquante-cinq Sociétés nous ont répondu. *Treize* acceptent soit le projet Lagoguey, soit le projet de la Société de la Gironde, ou enfin celui de l'Oise (1). Encore trouvons-nous divers amendements qui démontrent combien l'entente serait difficile entre ces *treize* Sociétés. Dans toutes les délibérations, il est nettement spécifié que la caisse de l'œuvre nouvelle devra être absolument distincte de celle de l'Association générale.

Trente-deux Sociétés sont opposées, sinon au principe même de l'assurance-maladie, du moins à la création, par l'Association, d'une caisse d'assurances à laquelle celle-ci accorderait son patronage (1). Toutes déclarent, que la caisse nouvelle devra être fondée en dehors de l'Association.

Il me reste à vous parler de celles que je n'ai pas cru devoir ranger parmi les partisans ou les adversaires des vœux émis par la Société de la Gironde et par la Société de l'Oise (2), au nombre de dix.

La Société de la Haute-Garonne ayant déjà fondé une caisse d'assurances contre la maladie, qui fonctionne régulièrement, je n'ai pas cru pouvoir la citer parmi celles qui refusent de s'associer aux projets qui ont motivé ce nouveau rapport.

Parmi elles il en est qui s'en rapportent aux résolutions du Conseil général ; d'autres qui émettent des projets nouveaux ; plusieurs enfin qui se refusent à discuter les questions qui leur sont posées ou ne parlent pas de l'*assurance-maladie*.

On peut, je pense, compter au nombre des indifférents, tous ceux qui ont négligé d'envoyer au secrétaire général de l'Association une réponse quelconque aux diverses circulaires qui leur ont été adressées.

Nous devous donc admettre aussi que les Sociétés locales, qui ne sont pas occupées de l'assurance contre la maladie et celles qui ont négligé de répondre, se sont vu arrêtées par la nécessité d'imposer à leurs membres une cotisation plus élevée.

Ce qui semble confirmer cette hypothèse, c'est le résultat de l'enquête poursuivie par les bureaux des Sociétés locales, et qui montre le peu d'empressement qu'ont mis nos collègues à adhérer à l'œuvre nouvelle.

Après une étude approfondie des vœux qui lui avaient été soumis, de nombreuses conféreuces avec d'éminents jurisconsultes et avec les représentants autorisés du Conseil d'État et du ministère de l'intérieur, la Commission élue l'année dernière vous avait déclaré que l'Association générale ne pouvait, dans l'état *actuel* de la législation, assumer la responsabilité de créer et d'administrer une caisse d'assurances donnant, à tous ceux qui verseraient une cotisation déterminée à l'avance, *le droit absolu* d'obtenir, en cas de maladie, une indemnité fixe. Elle vous avait donné le conseil de multiplier, s'il était possible, dans les grandes villes d'abord, dans les centres moins populeux ensuite, la fondation de Sociétés analogues à l'Association créée à Paris par M. le Dr Gallet-Lagoguey, mais elle avait ajouté que les termes de Société de secours *mutuels* ou d'Association *mutuelle* devaient être supprimés, persuadée qu'elle était que jamais une autorisation ministérielle ne serait accordée, ni dans le présent, ni dans l'avenir, à la fédération des associations ainsi dénommées. La loi du 15 juillet 1850 est, vous le savez, formelle à cet égard. Les Sociétés de secours mutuels sont *toujours soumises à l'approbation et au contrôle du gouvernement*. Leur fédération reste interdite.

C'est donc sous un autre titre que devra être fondée, entre les membres de l'Association, l'œuvre d'assurances contre la maladie qui vous est proposée.

Il a paru équitable, d'autre part, de ne point imposer aux

(1) Ce sont les Sociétés de Brest et Morlaix, de Saint-Brieuc, de la Gironde, du Loiret, de Loire et Haute-Loire, de la Loire-Inférieure, de Meurthe-et-Moselle, de l'Oise, de Seine-et-Oise, de Saint-Quentin, de la Haute-Savoie, de Tarn-et-Garonne, du Var.

(1) Société centrale, Sociétés de l'Aisne, de l'Aube, de l'Aveyron, des Bouches-du-Rhône, de Castres (Tarn), de la Corse, du Doubs, du Finistère, du Gers, du Haut-Rhin français, de l'Ile-et-Vilaine, de l'Indre, du Jura, des Landes, de Loir-et-Cher, de la Mayenne, de Melun, Fontainebleau et Provins, de la Meuse, du Morbihan, de l'Orne, du Pas-de-Calais, des Basses-Pyrénées, du Rhône, de Rochefort, de Saône-et-Loire, de la Sarthe, de Toulouse, de Vaucluse, de la Vienne, de Vitry-le-François, de l'Yonne.

(2) Sociétés de l'Allier, d'Albi et Gaillac, du Cher, de la Côte-d'Or, de la Dordogne, de la Haute-Garonne, de Narbonne, de la Nièvre, du Nord et de Toulon.

présidents et aux trésoriers des sociétés locales l'obligation d'administrer une association à laquelle ils auraient refusé d'adhérer. Pour les mêmes motifs, le Conseil général, dont le devoir est d'écouter les avis et d'accepter les vœux de la majorité des membres de l'Association, ne peut, après la consultation nouvelle qu'il vient de provoquer, que maintenir l'opinion qu'il avait émise il y a un an.

Mais divisés sur une question dont nul ne saurait nier les difficultés et les dangers, nous restons tous unis par un même sentiment : le désir de faire le plus de bien possible, en maintenant toujours plus intime l'union des Sociétés locales et du Conseil général de notre chère Association.

Après la lecture du rapport de M. Lereboullet, une discussion assez vive s'engage sur la question de caisse d'indemnité-maladie.

— M. Gallet-Lagoguey insiste sur l'importance qu'il y a, pour les médecins et pour l'Association elle-même, à ne pas repousser le projet et les vœux concernant l'indemnité en cas de maladie.

La Commission a peut-être mal interprété les résultats fournis par l'enquête, car, chose singulière, dans une question qui intéresse tous les médecins, on se heurte à l'indifférence, ou tout au moins à la négligence de ceux-ci, toutes les fois qu'on agite ces questions qui touchent, en somme, à des intérêts de premier ordre.

Un journal belge, *le Scalpel*, s'est élevé, il y a quelques années, avec infiniment de raison, contre cette incurie et cette apathie, montrant que le médecin, si souvent exploité par les sociétés de secours mutuels, ne sait même pas profiter d'une expérience acquise à ses dépens pour défendre, à son tour, ses intérêts en s'appuyant sur l'esprit de solidarité.

J'en sais quelque chose, moi qui ai fondé l'Assurance mutuelle des médecins de la Seine; j'ai, au début, envoyé 3.000 exemplaires des statuts projetés. Or, savez-vous combien j'ai reçu d'adhésions?.. Deux! Il m'a fallu attendre six ans pour arriver à 30. Mais, en faisant une propagande de tous les instants, l'œuvre s'est affirmée; nous sommes maintenant 200. L'an dernier, nous avons donné 8.000 francs et nous avons en caisse 43.000 francs.

Il y a une confusion qu'il convient également d'éviter entre l'*assurance* et l'*indemnité-maladie*. L'assurance recherche des bénéfices, l'indemnité pas, ce qui dispense d'avoir de fortes cotisations ou de nombreux adhérents. Encore, devons-nous accepter le projet qu'on nous propose et qui n'entraîne pas de modifications dans nos statuts, chose toujours grave. Nous avons le *droit*, comme Société de secours mutuels, d'assurer cette indemnité au même titre pour le moins que la société des commis-voyageurs qui viennent de recevoir l'autorisation ministérielle. (*Applaudissements.*)

M. Hameau (Bordeaux). — M. Lereboullet nous a annoncé que la majorité des Sociétés locales était peu favorable au projet, mais doit-on s'en affecter outre mesure? Je ne le crois pas. Comme nous l'a montré M. Lagoguey, mieux placé que personne pour le savoir, il en est toujours ainsi au début d'une œuvre qui a contre elle, j'ose à peine le dire, l'indifférence des intéressés. Pour lutter contre celle-ci, il faut agir, faire de la propagande, et on le fait avec d'autant plus de chance de succès, que l'impulsion part de plus haut. Beaucoup de Sociétés sans doute auraient adhéré, si elles avaient été prévenues que la fondation de cette caisse de secours répondait au vœu de notre Conseil général. C'est ce qui est arrivé dans notre groupe girondin, où les adhésions ont été nombreuses après que des confrères, placés à la tête du corps médical de la région, se sont mis un peu en avant.

Mais nous avons pris soin de bien spécifier que la *caisse centrale de l'Association devait être absolument indépendante de la caisse d'indemnité-maladie*, chaque caisse locale étant administrée par le président actuel de la Société locale et pouvant faire appel à une caisse centrale distincte de la caisse générale de l'Association.

Le Conseil général pense que nous ne sommes pas autorisés par nos statuts à créer une nouvelle caisse, mais nos statuts nous autorisent à donner des secours en cas de détresse; or, ce que nous proposons n'est pas anti-statutaire, nous prévoyons la détresse, nous empêchons le médecin d'y tomber, et voilà tout. D'autant que le confrère malheureux accepte à l'heure actuelle sa détresse sans rien demander, ne voulant pas devoir sa vie à une *aumône*, tandis qu'il aura recours à notre caisse quand il saura qu'il aura le *droit* d'y puiser.

Il faut donc renoncer à une enquête qui n'aboutira pas, faire, chacun dans sa région, une propagande active, et je suis sûr que les résultats seront tout différents. (*Applaudissements.*)

— M. Magnant (Meuse), objecte que les dons reçus par l'Association ne sont pas faits dans cet ordre d'idée et que ce sera les détourner de leur but.

M. Hameau. — Ces deux caisses sont et demeurent distinctes.

M. Lande (Bordeaux). — La circulaire envoyée par le Conseil général n'a ni fait comprendre cette distinction, ni laissé entrevoir que le Conseil était favorable à l'institution. Quant aux chiffres d'adhésions fournis par M. Lereboullet, et qui ne comprennent que 13 Sociétés, ils sont inexacts; l'opinion envoyée de Bordeaux, par exemple, représente non seulement la Gironde, mais dix Sociétés des départements du Sud-Ouest, lesquelles sont syndiquées.

Les objections formulées par d'autres Sociétés disparaîtront peut-être également devant une nouvelle enquête plus précise.

Il ne s'agit pas de nous dire : faites des caisses d'indemnité-maladies, et d'après leur fonctionnement, nous verrons! Il sera alors bien difficile de les fondre en une caisse unique.

En somme, nous avons les mêmes droits à la fédération que les commis voyageurs et les employés de chemin de fer; et je ne sais pas comment s'y prendrait un ministre pour nous refuser un droit qu'il a accordé à d'autres.

L'Association a donc intérêt à prendre en main la fondation de ces caisses, de peur que plus tard quand les Sociétés locales auront créé la leur, elles refusent de la fondre avec la nôtre et que notre association ne s'en trouve sérieusement atteinte. Nous avons commencé par la formule : « Charité pour arriver aux secours », nous devons la remplacer par une autre plus moderne « Prévoyance pour arriver au droit ».

Donc je demande que la question indemnité-maladie reste à l'étude, et que le Conseil général, après une enquête nouvelle, choisisse trois de ses membres chargés de l'administration et de la centralisation des renseignements obtenus. (*Applaudissements.*)

M. Lereboullet. — Dans le Conseil, nous sommes partisans des idées qui viennent d'être développées, mais, l'an dernier, les choses ne se présentaient pas à nous sous la même face,

M. Pitres demandait alors que la caisse nouvelle fût annexée à la caisse de l'Association générale, qui viendrait en aide aux caisses locales. C'est contre cette fusion des caisses que nous nous sommes surtout élevés. La fusion n'étant plus en cause, la divergence de vue a disparu. Maintenant, que pensent les membres de l'Association du projet qui leur demanderait 48 fr. pour leur assurer 5 fr. par jour de maladie? Soumettez-leur tout d'abord cette question, c'est la première chose à faire.

Quant à l'autorisation ministérielle dont nous avons besoin, je doute qu'elle nous soit accordée dans l'état actuel de notre législation; je prends à témoin M. Lagoguey, lui-même, qui a fait des tentatives dans ce sens, mais sans succès.

Nous avons, nous-mêmes, fait des démarches, les résultats ont été négatifs pour nous aussi bien que pour lui.

M. MORILLOT, *Conseil judiciaire*. — Votre projet de fédération n'est pas, je crois, semblable à celui des commis-voyageurs, mais quoi qu'il en soit, ce que je puis dire, c'est que pour que vous ayez les droits que vous désirez, il faut absolument un décret du Président de la République, après avis du Conseil d'Etat, décret rendu sous forme de règlement d'administration publique. La loi de 1852 sur les sociétés de secours mutuels est formelle à cet égard.

Aller de l'avant sans cette autorisation serait — tous les jurisconsultes vous le diront — vous exposer à faire quelque chose qui ne serait pas viable.

— M. LE PRÉSIDENT fait remarquer que la question semble se circonscrire. Le premier point est celui de savoir s'il est *possible en droit d'adjoindre cette caisse au fonctionnement normal de l'Association*. Nos éminents conseils judiciaires y répondront.

Le deuxième point est de savoir si on pourra se recruter, si la *caisse aura un nombre suffisant d'adhérents*. Ceci est une question à poser aux Sociétés locales.

M. SURMAY. — J'admets que la nouvelle caisse ne puisse fonctionner sans l'intervention administrative, mais alors pourquoi ne pas demander à l'administration d'ajouter à nos statuts un paragraphe spécial.....

— M. LE PRÉSIDENT et M. BROUARDEL font remarquer la gravité de la motion de M. Surmay qui ne propose rien moins qu'une modification aux statuts. C'est dangereux, car on ne doit pas oublier que l'Association n'a pas d'existence légale, qu'elle est non pas autorisée, *mais tolérée*.

Néanmoins, M. Surmay est invité à formuler ses conclusions par écrit.

— M. SURMAY lit la proposition suivante :

Ajouter à l'article 6 des statuts qui s'expriment ainsi « Le « but de l'Association est de... préparer et fonder des insti- « tutions propres à compléter et perfectionner son œuvre « d'assistance. »

le paragraphe suivant :

«... d'instituer au siège de l'Association générale et dans les « Sociétés locales des caisses spéciales qui, au moyen de coti- « sations facultatives, garantiraient aux sociétaires souscrip- « teurs une indemnité en cas de maladie. »

— M. BROUARDEL alors se lève et dit que le Conseil fera son possible pour obtenir du Ministre des modifications dans ce sens, mais qu'il ne peut s'engager à faire adopter cet article dans les formes absolues sous lesquelles il est présenté.

Il demande donc que l'Assemblée ne vote pas de texte ferme et s'en remette à son Conseil.

(La proposition de M. Surmay est rejetée à l'unanimité.)

—L'Assemblée se sépare en décidant par un vote sans opposition que la *question posée d'indemnité-maladie*, ne pouvant être résolue encore, *reste à l'étude*.

H. BARBIER.

NOUVELLES

Congrès international d'hygiène et de démographie. — *Septième session*, Londres, du 10 ou 17 août 1891.

1re section : — Médecine préventive.

Président : SIR JOSEPH FAYRER, K.C.S.I., LL.D., M.D., F.R.S., Q.H.P.

Les séances de cette Section se tiendront à BURLINGTON HOUSE, PICCADILLY, LONDRES, les MARDI, MERCREDI, JEUDI et VENDREDI, 11, 12, 13, et 14 Août entre dix heures du matin et quatre heures de l'après-midi.

Les questions suivantes ont déjà été mises à l'ordre du jour :

MARDI, 11 AOUT, après une courte allocution du Président, on discutera *les moyens d'empêcher la transmission des maladies épidémiques d'un pays à l'autre*. La discussion sera ouverte par M. le Chirurgien-Général MAC NAB CUNNINGHAM, C.S.I de Londres. — On lira et discutera d'autres mémoires tant que le temps le permettra.

MERCREDI 12 AOUT, la question mise à l'ordre du jour portera sur *la Diphthérie, particulièrement sur sa distribution et sur le besoin d'une enquête complète et systématique sur les causes de sa prédilection pour certains pays ou districts, dans le but de l'y prévenir*. La discussion sera introduite par le Dr EDWARD SEATON, de Londres, et l'on invitera les principaux représentants étrangers à y prendre part. — On lira et discutera d'autres mémoires tant que le temps le permettra.

JEUDI, 13 AOUT, on discutera *l'influence de l'alcoolisme sur la santé publique, ainsi que les méthodes à adopter afin de l'empêcher*. La discussion sera ouverte par SIR DYCE DUCKWORTH, LL.D., M.D., de Londres, et par le professeur WESTERGAARD, de Copenhague. — On lira et discutera d'autres mémoires tant que le temps le permettra.

VENDREDI 14 AOUT, seront présentés et discutés des mémoires sur des sujets variés.

Une liste des mémoires approuvés par la Section sera publiée prochainement.

MM. les adhérents qui désirent assister au Congrès et prendre part aux débats ci-dessus, ou présenter des mémoires sur d'autres sujets du ressort de la Section, sont priés d'en informer les Secrétaires de la section *avant le 15 juin*.

Un aperçu sommaire des mémoires destinés à être lus aux séances de la Section devra être envoyé aux Secrétaires *avant le 15 juin*, et le texte complet des mémoires devra suivre *avant le 15 juillet*.

Ces sommaires ne devront point dépasser 500 *mots, et, pour éviter les fautes d'impression et de traduction, ils devront être trancrits au moyen d'une machine à écrire.*

Les mémoires ou sommaires peuvent être rédigés en français, en allemand ou en anglais. De même, les discours pourront être prononcés dans l'une ou l'autre de ces trois langues.

On n'admettra aucun mémoire antérieurement publié ou déjà présenté à une autre société.

La durée de la lecture d'un mémoire, ainsi que celle d'un discours, est limitée à *quinze minutes* pour l'introduction d'un sujet. Elle est fixée à *dix minutes* pour tous les discours ou mémoires suivants ayant rapport à ce même sujet.

Toutes les communications destinées à cette Section devront être adressées au Dr ISAMBARD OWEN, Curzon Street, 40 Londres, W. — Celles qui concernent les travaux généraux du Congrès devront être envoyées au Secrétaire général, Bureaux du Congrès, Hanover Square, 20, Londres, W.

Association des médecins de la Seine. — L'Assemblée générale de l'Association des médecins de la Seine, fondée par Orfila, aura lieu le dimanche 11 mai, à deux heures, dans le petit Amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le professeur Brouardel.

Ordre du jour : 1° allocution du président; 2° lecture du compte rendu de l'exercice 1889; 3° élection d'un président et de deux vice-présidents; 4° renouvellement par tirage au sort, de la Commission générale.

Les sociétaires qui, par suite d'une erreur d'adresse, n'auraient pas reçu de lettre, sont priés de considérer le présent avis comme une convocation.

Hôpital Tenon. — M. Richelot, chirurgien de l'hôpital Tenon, commencera des conférences de clinique chirurgicale et de gynécologie, le lundi 20 avril 1891, à 10 heures du matin, salle Richard Wallace, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

Hôpital Trousseau. — M. le Dr Sevestre, médecin de l'hôpital Trousseau, commencera ses *conférences de clinique infantile* le jeudi 16 avril à 4 heures, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Visite des malades le matin à 9 heures, salles Triboulet et Lugol (aigus), Legendre (chroniques), et Bazin (teigneux). — Consultations les mercredis et samedis.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille

Traité des maladies du larynx, du pharynx et des fosses nasales, par le Dr Lennox Browne, chirurgien de l'hôpital pour les maladies du larynx, à Londres; traduit par M. le Dr Aigre. Préface de M. le Dr Gougounheim, médecin des hôpitaux de Paris. — 1 vol. in-8° de 650 pages, avec 242 figures et 2 planches. — Prix : 12 fr.

Précis d'hygiène publique, par le Dr Bedoin, médecin-major de 1re classe, membre de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. Préface par le professeur P. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, président du Comité consultatif d'hygiène publique de France. — 1 vol. in-16 de 333 pages avec 70 figures, cartonné. — Prix : 5 fr.

Maladies et médicaments à la mode, par le Dr Degoix, rédacteur en chef du *Petit médecin des Familles* et de *Hygiène pratique, etc.* — 1 vol. in-18 de 176 pages. — Prix : 2 francs.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 5 AU 11 AVRIL 1891

Fièvre typhoïde, 9. — Variole, 1. — Rougeole, 46. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 8. — Diphtérie, croup, 32. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 178. — Autres tuberculoses, 22. — Tumeurs cancéreuses et autres, 50. — Méningite, 31. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 42 — Paralysie, 16. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 71. — Bronchite aiguë et chronique, 91. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 116. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 42. — Fièvre et péritonite puerpérales. 4. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 24. — Sénilité, 33. — Suicides et autres morts violentes, 31. — Autres causes de mort, 220. — Causes inconnues, 16. — Total 1105.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE REDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

CHIRURGIE PRATIQUE

DE LA CIRCONCISION ENVISAGÉE PRINCIPALEMENT CHEZ L'ADULTE. — MANUEL OPÉRATOIRE ET PRATIQUE SIMPLIFIÉE DE L'OPÉRATION. — SOINS PRÉLIMINAIRES ET CONSÉCUTIFS (1).

Par le Dr Paul Thiéry.
Prosecteur de la Faculté.

(*Suite*) (1)

SOINS PRÉLIMINAIRES

Dans une opération où tout détail, si petit qu'il soit, emprunte à la précision et à la rapidité désirées du résultat une importance parfois notable, les soins préliminaires doivent être aussi indiqués.

L'antisepsie du pansement devant être parfaite, nous avons pris l'habitude, quels que soient les légers inconvénients ultérieurs qui en résultent, de faire raser nos malades : c'est une pratique dont on ne peut guère se départir si l'on veut affirmer la prompte guérison : encore est-il mieux, si ce soin à été oublié, de passer outre que de pratiquer la section des poils aux ciseaux ce qui donne inévitablement des fragments pileux qui viennent souiller la plaie, adhérent aux replis muqueux et sont enlevés avec peine à la pince.

L'antisepsie de la région est facile à assurer sur les sujets chez lesquels la mise à nu du gland est possible (circoncision pour herpès, par exemple); chez ces sujets des bains de sublimé au 1000e prolongés, répétés plusieurs fois par jour quelques jours avant l'opération et joints à la toilette du sillon balano-préputial avec le pinceau de blaireau, suffisent en général.

Chez ceux dont le phimosis est étroit, nous employons volontiers les lavages sous-préputiaux sous forme d'irrigations à l'aide d'un fort jet de solution normale de sublimé au 1000e; s'il est possible on introduira un fin pinceau destiné à *mobiliser* le smegma toujours adhérent.

La veille de l'opération le malade prendra un bain total, sulfureux ou autre; on aura soin enfin de se débarrasser par le lavage à l'éther des enduits sébacés pubo-péniens.

En aucun cas on ne devra opérer, sous peine d'échec de la réunion parfaite, pendant une période aiguë de balano-posthite symptomatique d'herpès ou autre que l'on combattra auparavant par le traitement approprié, injections de sublimé, de nitrate d'argent, etc...

Le malade étant couché sur le lit d'opération, nous isolons la verge des cuisses, du scrotum et des parties voisines par une compresse phéniquée fendue en deux; pendant tout le temps de l'opération les instruments bouillis au préalable (les serre-fines principalement) puis plongés dans la solution phéniquée au 20e sont ensuite lavés dans la solution phéniquée

(1) Voir *Gazette médicale*, 1891, n° 16.

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Suite (1)

IV. — En continuant la série de ses études sur les maladies morales de notre époque, M. P. Moreau (de Tours) ne ment pas à son nom. Après s'être occupé de la *Contagion du crime* (2), puis de la *Folie carbonique*, etc., il vient de nous donner un curieux travail intitulé : *Les suicides étranges* (3).

Sans être aussi absolu que le Dr Ulysse Trélat, père, qui considérait comme atteints d'aliénation mentale tous ceux qui attentent à leur vie, M. Moreau rapprocherait plutôt son opinion de celle de Guislain qui, à côté des aliénés et des désespérés, admettait une catégorie d'hommes blasés, fatigués de la vie. Mais ceux-là aussi ne jouissent pas d'une intégrité parfaite de leurs fonctions physiologiques. Chez eux le cerveau est frappé d'*anorexie*.

En 1840, Marc (1) écrivait : « Le mode de suicide choisi pour se priver de la vie peut, dans quelques circonstances, contribuer à éclairer l'opinion sur la situation du suicidé. Plus ce mode est insolite, douloureux, cruel, plus il est permis de conclure en général à un dérangement des facultés intellectuelles. Toutefois, il ne faut pas oublier d'avoir égard dans cette recherche à l'impossibilité dans laquelle a pu se trouver le suicidé d'en choisir un autre. »

M. Moreau a poussé plus loin l'analyse. Relatant des suicides exécutés « dans des conditions les plus diverses, à l'aide de moyens plus atroces les uns que les autres », il ajoute qu'ils laissent un vaste champ à l'interprétation qu'on voudra leur donner. Que leurs auteurs aient agi, les uns en pleine connaissance de cause, que les autres aient obéi à une idée fixe, que plusieurs aient succombé à une impulsion subite, soit : le fait n'est pas niable. Mais comment expliquer le choix des moyens employés? Comment, pouvant at-

(1) Voir les numéros 13, 15 et 16.
(2) Voir dans la *Gazette Médicale*, 1889, le feuilleton du 21 décembre.
(3) Brochure in-8°, Paris, 1890. (Extrait des *Annales Médico-psychologiques* d'octobre et de novembre 1890.)

(1) *De la folie considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires.* Paris, J.-B. Baillière.

au 50°. Celle-ci sert d'ailleurs à tous les lavages pendant l'opération ; le sublimé peut également être employé. Les solutions phéniquées au 20° sont trop caustiques pour la muqueuse délicate du prépuce et du gland ; l'acide borique même en solution concentrée à l'aide de la magnésie ne nous semble pas offrir des garanties suffisantes comme antiseptique.

ÉTUDE CRITIQUE DE QUELQUES PROCÉDÉS OPÉRATOIRES.

Les soins préliminaires ayant été pris et l'anesthésie accordée ou refusée au malade, le chirurgien est en mesure d'opérer et doit alors faire choix du procédé qu'il emploiera, et c'est ce choix que nous allons maintenant discuter.

Nous n'avons certes pas l'intention d'étudier dans leurs détails pour les approuver ou les critiquer les trop nombreux procédés que l'on a tour à tour recommandés pour la posthetotomie. Beaucoup d'ailleurs n'ont été employés que par leurs auteurs et ce serait justice d'en prononcer la condamnation.

Mais sans entrer dans le détail, il est juste de dire quelques mots des deux grandes divisions dans lesquelles rentrent ces procédés si divers qu'ils soient et que nous qualifierons *posthetotomie* et *posthetectomie*, en d'autres termes incision du prépuce, ou circoncision totale.

On ne discute plus guère aujourd'hui, croyons-nous ; et hormis des cas d'urgence tout à fait spéciaux, les chirurgiens, lorsqu'ils sont maîtres du choix de l'opération, ont complètement délaissé l'antique procédé de l'incision dorsale.

C'était déjà à cette conclusion que nous étions arrivés en 1888 où nous pouvions écrire dans la thèse d'un de nos amis : (1). « Nous appuyant sur des faits nombreux nous pouvons dire que l'incision dorsale n'est qu'une opération d'attente, toute de nécessité; que pratiquée dans le cas de phimosis simple c'est une mauvaise méthode puisqu'elle crée une difformité, souvent une infirmité et qu'elle nécessite une opération ultérieure : ses dangers sont les mêmes que ceux de la circoncision dont elle est loin d'offrir les avantages. Après l'avoir subie le malade n'a que le choix entre la persistance d'une difformité ou une opération ultérieure qui ne porte plus sur des tissus physiologiquement sains (2) ».

(1) Gaillard. — *Contribution à l'étude des complications du phimosis et traitement de quelques lésions sous-préputiales*. (Th. de Paris, 1888.)

(2) Est-il besoin de faire remarquer que comme tout chirurgien au courant de la question (et trop nombreux sont ceux qui veulent la discuter sans la connaître), M. Félizet dit de l'incision dorsale : « C'est une opération de nécessité, répondant à une indication pressante, mais laissant après elle une difformité à laquelle on sera obligé de remédier plus tard ; l'opération de choix est la circoncision (page 25) ». On ne peut mieux exprimer notre pensée.

La posthetotomie (*peut être* applicable chez l'enfant) n'est plus applicable que comme incision exploratrice, ou opération d'urgence dans les cas de balano-posthite grave : elle ne saurait constituer un traitement de choix pour le phimosis simple et doit céder le pas à la posthetectomie ou excision totale plus ou moins large du prépuce. Nous disons *totale*, bien qu'il y ait à apporter à ce mot quelques restrictions, pour bien la différencier des procédés rangés sous le nom d'excision du prépuce et qui peuvent ne pas porter sur l'ensemble de l'organe : en d'autres termes la posthetectomie est un procédé d'excision *circonférentielle*.

Parmi les procédés de circoncision proprement dits, nous rejetons encore d'emblée : 1° tous ceux qui ont pour but d'effectuer du même coup la section de la peau et de la muqueuse; 2° ceux qui ont pour but de passer les fils à travers la peau et la muqueuse avant la section effectuée de la peau, et ceci pour les raisons suivantes :

A. — Les premiers (procédés de Dolbeau, de Chauvin, de Borelli) (1) nécessitent des instruments spéciaux assez compliqués; le procédé d'Aïssa Hamdy, quelque ingénieux qu'il soit, et l'instrument qu'il a fait faire sur ses indications nous paraît mériter le même reproche, malgré l'attrait donné à l'opération par l'ingéniosité même du procédé.

Ils ont encore le défaut d'effectuer ou de chercher à effectuer du même coup la section de la peau et de la muqueuse, résultat qui, loin d'être désirable, nous semble au contraire devoir être évité. Ainsi que nous chercherons à l'établir plus loin, le desideratum ne consiste nullement à retrancher tout le prépuce; il consiste à exciser largement le limbe portion rétrécie et la portion voisine, tout en conservant au sujet une collerette préputiale que j'appelerais volontiers, reproduisant un mot célèbre, un *prépuce moral*, et en tout cas, ce qui importe plus en la matière, un prépuce conforme aux règles de l'esthétique (2).

(1) Si l'on est curieux de connaître dans leurs détails les différents procédés que nous ne ferons que nommer, nous engageons à se reporter à l'excellent travail : *De la circoncision* (Paris, 1873), de Aïssa Hamdy, où l'on trouvera, outre des considérations chirurgicales nombreuses, une étude ethnologique de la circoncision fort intéressante.

(2) M. Félizet (page 20) insiste également sur cette question d'esthé-

---

teindre le but qu'ils poursuivaient d'une manière plus simple, plus facile, moins douloureuse, ont-ils choisi un genre de mort inusité, le plus souvent horrible? Ici nous nous arrêtons : ne cherchons pas une explication scientifique, ne recourons pas non plus à des hypothèses toujours attaquables, et bornons-nous simplement à dire qu'il en est des suicides comme des hommes. Les uns, raisonnables dans leurs allures, vont droit au but qu'ils se sont assigné, sans bruit, sans éclat. Ceux-là sortent de la vie, calmes, posés, sans tapage. Les autres, bizarres, excentriques, ne vivent qu'au milieu du fracas, dans une excitation perpétuelle et éprouvant une sorte d'entraînement invincible, véritablement maladif, cherchant sans cesse à attirer l'attention sur leur personne. Ceux-là ont besoin d'occuper le public, même après leur mort, et alors souvent ces suicides étranges que nous avons signalés ».

Et M. Moreau conclut : « Sauf les cas que nous avons cités de ces gens absolument sains d'esprit qui se tuent avec ce qu'ils peuvent, avec les seuls moyens dont ils disposent, et qui, en toute autre circonstance, n'auraient pas attenté à leur vie, on peut légitimement, en l'absence de tout renseignement sur les antécédents, être enclin à traiter d'aliénés, ou tout au moins de candidats à la folie, tous ces gens qui ont recours aux modes de suicide dont nous avons rapporté les exemples et qui défraient la curiosité publique en la stupéfiant. »

Pour mieux faire saisir la pensée générale qui ressort de l'étude de M. P. Moreau (de Tours), pouvions-nous mieux faire que de lui laisser la parole en reproduisant ses conclusions?

V. — M. le professeur A. Corradi, de Pavie, dont notre Académie de médecine a récemment fait l'un des siens en le nommant dans une de ses dernières séances membre correspondant étranger, ne reste pas inactif. Il vient de publier en français une brochure des mieux nourries sur l'*influenza*, dont la première partie n'est que la reproduction d'une communication faite en janvier 1890 à la Société médico-chirurgicale de Bologne. M. Corradi a ajouté à son travail primitif qui était surtout historique, une petite relation de la dernière épidémie en Italie, pendant l'hiver de 1889-1890.

D'aucuns peut-être trouveront bizarre que dans une *Revue médico-littéraire* française, on vienne leur parler des écrits d'un médecin italien. Mais à tout prendre, ma justification est facile, car je connais bon nombre de nos compatriotes, et non des moins bien

Pour atteindre ce résultat, il faut tailler plus ou moins dans l'étoffe, sans adopter un patron uniforme : tantôt c'est de la peau qu'il faut conserver, tantôt de la muqueuse; si l'un et l'autre sont sectionnés en même temps, il devient impossible de remédier à l'exiguité du feuillet cutané par l'exubérance du feuillet muqueux ou inversement.

B. — Que dirons-nous des seconds (procédés de Ricord, procédé primitif de Vidal de Cassis), sinon qu'ils sont à peu près inapplicables et que les résultats du passage préalable des fils à travers le quadruple feuillet que forme le prépuce saisi dans la pince fenêtrée sont tellement inconstants, que nous avons le plus souvent échoué.

Cette difficulté, qui a frappé tous les opérateurs, a été mise en évidence dès 1869, par Duboué, lorsqu'il fit connaître à la Société de chirurgie son procédé où le passage des fils est précédé de l'incision dorsale, qui permet alors de placer les fils à la base des lambeaux (1); la pince fenêtrée est d'ailleurs tombée en désuétude et ne sert plus que de clamp fixateur et de guide pour les ciseaux au moment de la section.

Bien que certains chirurgiens de nos jours donnent la préférence aux procédés où l'excision est précédée d'une incision du prépuce et dont le type se retrouve dans le procédé Cusco (2), nous avons, après de multiples essais, adopté, presque à l'exclusion des autres, les procédés d'excision sans incision préalable, soit après fixation du prépuce par un clamp (procédé de Vidal de Cassis modifié), soit d'emblée et sans emploi de la pince spéciale (procédé de Lisfranc).

Bien que ce dernier soit un peu plus simple au point de vue de l'appareil instrumental, on ne saurait nier que l'emploi de la pince à phimosis ne donne de la précision à l'opération, et nous nous servons volontiers de cet excellent instrument réduit au simple rôle de clamp (3).

Tout procédé d'ailleurs qui est à la fois rapide et simple, qui assure en même temps la réunion par première intention type et la perfection du résultat au point de vue morphologique, est recommandable.

Depuis longtemps notre préférence s'est portée sur le procédé dit de Vidal, considérablement modifié, puisque primitivement et avant l'invention des serre-fines qui portent son nom, cet auteur avait essayé le passage préalable des fils sur la difficulté duquel nous nous sommes suffisamment expliqué.

Ce procédé, qui, tel qu'on l'emploie aujourd'hui à l'hôpital du Midi, appartient en réalité un peu à tous les chirurgiens, consiste :

1° A attirer le prépuce en avant après avoir déterminé le sillon balanique à l'aide du stylet et, sans s'inquiéter de fixer la muqueuse, à appliquer à ce niveau la pince dite de Ricord ou un clamp;

2° A opérer la section du prépuce en arrière de ce clamp;

3° A inciser la face dorsale de la muqueuse, qui presque toujours recouvre encore le gland (1), et à exciser les lambeaux latéraux triangulaires de cette muqueuse;

4° A pratiquer l'hémostase et la réunion, soit par le procédé des fils soit par celui des serres-fines.

Nous reviendrons sur plusieurs des temps de cette opération, pour discuter : *A.* le lieu d'élection où le clamp doit être fixé; *B.* la direction qui doit être donnée à cet instrument; *C.* l'hémostase; *D.* la contention de la suture par des fils ou des serre-fines.

tique qui ne semble pas avoir suffisamment préoccupé des chirurgiens : il a été obligé, comme nous, de faire ultérieurement les opérations dites de complaisance pour difformités consécutives à une première opération.

(1) Le procédé de Duboué, adopté de nos jours encore par d'assez nombreux chirurgiens, est le meilleur de cette catégorie de procédés médiocres.

(2) Le procédé de Cusco, qui est bon mais non parfait, est assez fréquemment employé.

(3) Parmi les procédés étrangers à celui que nous déclarons être le procédé de choix, nous devons signaler comme nouveau un procédé décrit par M. Félizet sous le nom de *procédé des trois fils* (page 22 et suivantes. Le nom de posthetopexie lui conviendrait. Même dans les cas où il serait applicable *chez l'adulte*, ce procédé, qui consiste dans la création d'un paraphimosis lâche, pour ainsi dire, ne nous parait pas appelé à un grand avenir.

(1) Voyez une intéressante et très nette explication de cette particularité in Félizet, *loc. cit.*, p. 32.

(*A suivre.*)

---

cotés, même dans nos Facultés, qui pourraient envier au professeur de Pavie, la netteté et la correction de son style.

Que si je passe aux autres qualités de l'auteur, spécialement à son érudition, la seule qualité qui doive entrer en ligne lorsqu'il s'agit des origines historiques d'une épidémie, l'on aurait trop beau jeu à se défendre d'accorder ici une place à un travail de M. Corradi. Car celui qui par la nature de ses études, et de par ses inclinations, s'est trouvé souvent en rapport avec des érudits, sera obligé d'avouer qu'ils sont rares, même en France, ceux qui ont une érudition aussi aimable, aussi avenante, aussi accessible que le savant professeur de Pavie (je suis persuadé que les plus réfractaires y prendraient goût, à son école). Mais, en outre, j'ajouterai que je n'en connais pas dont l'érudition soit plus impeccable.

Ma plume semble faire un panégyrique, tandis qu'elle ne sert qu'à traduire l'expression de la vérité, qu'à étaler une opinion des plus justes.

Arrivons au sujet de son dernier travail :

On sait que le mot *influenza* est très ancien : « Nous le trouvons déjà chez nos écrivains du XIVe siècle, mais simplement pour indiquer une épidémie générale, *andazzo universale di malattia*, plus particulièrement produite par une maligne influence des astres ou par une altération de l'air, conformément à la croyance de l'époque, que le ciel influe sur le corps, c'est-à-dire qu'il s'en échappe une action continue dont la vertu descendant dans les choses inférieures les meut et les modifie. Ainsi, selon que raconte Mattéo Villani, par une fâcheuse disposition de constellation, comme disaient les astrologues, ou par une excessive subtilité de l'air, comme d'autres prétendaient, dans l'hiver de 1358 survenait « une influenza qui causa le refroidissement de tous les corps humains, à peu d'exceptions près, de la ville et du territoire et district de Florence et des environs, et qui fit durer ce refroidissement malsain, chez les personnes atteintes, beaucoup plus longtemps que cela n'a lieu d'ordinaire. »

Piétro, ou plutôt Domenico Boninsegni, gentilhomme florentin du XVIe siècle, résumait le récit de Villani en disant que, par suite d'un temps très serein qui régna dès le commencement de l'hiver, il survint une *influenza de froid*, de telle sorte que presque tout le monde fut pris de refroidissement et que beaucoup en moururent.

Un autre chroniqueur contemporain, faisait remarquer que, dans

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

COMMENTAIRE DE LA NOUVELLE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Projet discuté et adopté par la Chambre des députés, dans ses séances des 17 *et* 19 *mars* 1891. (*Journal Officiel* des 18 et 20 mars 1891.

par le Dr F. DE RANSE
et A. LÉCHOPIÉ, avocat à la Cour de Paris.

(*Suite*) (1).

SAGES-FEMMES

ARTICLE 8.

Les sages-femmes ne peuvent pratiquer l'art des accouchements que si elles sont munies d'un diplôme de 1re ou de 2e classe délivré par le gouvernement français, à la suite d'examens subis devant une faculté de médecine, une école de plein exercice, ou une école préparatoire de médecine et de pharmacie de l'État.

Le droit de continuer l'exercice de leur profession est maintenu aux sages-femmes de 1re et de 2e classe, reçues en vertu des articles 30, 31 et 32 de la loi du 19 ventôse an XI, ou des décrets et arrêtés ministériels ultérieurs.

Les unes et les autres auront le droit d'exercer leur profession sur tout le territoire de la république dans les conditions de la présente loi.

Sages-femmes de 1re et de 2e classe. — On voit que, tandis que les officiers de santé, sorte de médecins de 2e classe, sont supprimés pour l'avenir, la nouvelle loi maintient, au contraire, deux classes de sages-femmes. Est-ce logique ? Il est vrai que les travaux préparatoires ne nous disent pas que, comme pour les officiers de santé, le nombre des sages-femmes de 2e classe allait chaque jour en diminuant ; il n'y en avait pas la même raison, car la difficulté de leurs études et les droits à payer n'avaient pas augmenté pour elles.

Le projet de la Commission supprimait, pour l'avenir, les sages-femmes de 2e classe. Celui du gouvernement, qui a prévalu, les maintenait avec cette condition qu'elles pourraient exercer sur tout le territoire, excepté dans les chefs-lieux de département et d'arrondissement, et dans les villes de plus de 10,000 habitants. Enfin, le rapport du comité consultatif d'hygiène publique proposait de leur donner le droit d'exercer seulement dans l'étendue de la circonscription ou école où elles avaient été reçues. C'étaient là des propositions analogues à celles faites relativement aux officiers de santé et sur lesquelles nous avons fourni nos observations, sous l'article 2. Il n'y a qu'à y renvoyer.

A la Chambre, M. Bourgeois, membre de la Commission, a fait la déclaration suivante, au sujet du maintien des deux classes : « Le gouvernement s'est mis d'accord avec la Commission... nous acceptons les deux classes. Voici ce qui a décidé la Commission... Elle a craint, en maintenant une seule classe, que le recrutement des sages-femmes ne devînt difficile dans les campagnes. Dans beaucoup de départements, les conseils généraux allouent des bourses pour faciliter à certaines jeunes filles les moyens de se faire recevoir et, ensuite, ces sages-femmes s'établissent dans les campagnes où elles rendent de grands services aux populations rurales ».

Extension de la compétence territoriale des sages-femmes de 2e classe. — Pour maintenir les sages-femmes de 2e classe dans les campagnes il n'y avait qu'un moyen pratique, c'était de conserver le système de la loi de ventôse qui les confinait dans le département pour lequel elles avaient été reçues, comme les officiers de santé. Tout au moins fallait-il adopter le projet du gouvernement qui leur interdisait les chefs-lieux de département et d'arrondissement, ainsi que les villes de plus de 10,000 habitants. Mais voilà, au dernier moment la commission accepte les deux classes et ne semble pas comprendre l'utilité qu'il y aurait à reproduire cette interdiction, pour atteindre le but qu'elle déclare s'être proposé, en admettant les deux classes. Il est vrai qu'elle l'avait écartée déjà pour les officiers de santé transitoirement maintenus, seulement la situation n'était pas précisément la même, sans compter que les sages-femmes de 2e classe sont maintenues, et transitoirement, et définitivement.

Comme les officiers de santé, toutes les sages-femmes de 1re et de 2e classe auront dorénavant le droit d'exercer sur tout le territoire de la République, AUX CONDITIONS DÉTERMINÉES PAR LA PRÉSENTE LOI. Quant aux sacrifices que les départements ont déjà pu s'imposer, en accordant des bourses ou demi-bourses pour l'instruction des sages-femmes de 2e classe en vue d'assurer le service des femmes en couches, le rapport de la Commission répond qu'il appartient aux conseils généraux de prendre les mesures nécessaires pour désintéresser

(1) Voir les numéros 14, 15 et 16.

---

cette épidémie, « presque tout le monde à Florence fut pris de refroidissement, non pas qu'il fit grand froid, car, au contraire, du mois de novembre au mois de février, l'air fut toujours chaud et humide, et l'on prétendit que ce fut là la cause de cette épidémie ».

Lucca Landucci racontait que, dans le mois de mai 1504, il y eut « *una influenza d'una tosse d'un freddo* ; quatre-vingt-dix sur cent, dit-il, dans Florence et au dehors, toussaient et avaient la fièvre », et il ajoute que cependant peu en mouraient.

Annibal Caro désignait celle de 1562-1563 sous le nom d'*influenza di catarro* (signalant la pesanteur de tête, la lassitude, le dégoût).

Un médecin et anatomiste distingué, Domenico Gusmano Galeazzi, ne trouvait pas pour l'épidémie catarrhale de 1742, de meilleure dénomination que celle-ci : *influenza di raffreddori*.

« Ce fut seulement vers le milieu du siècle dernier que le mot *influenza* devint synonyme de *catarrhe épidémique*, de *fièvre catarrhale épidémique*, etc. ; et cela particulièrement par le fait de Giovanni Huxham qui s'en servit pour désigner l'épidémie de 1743, laquelle régna dans toute l'Europe. Toutefois, bien que le célèbre épidémiologue eût publié le second volume de ses observations en 1752, et qu'il en eût été fait ainsi que de celles du premier volume, plusieurs éditions, et même une traduction anglaise en 1758, le nom d'influenza ne prévalut, en Angleterre, qu'à l'occasion de l'épidémie de 1782, précisément quand, en Italie, au lieu de l'ancienne dénomination qui nous appartenait en propre, passait en vogue la nouvelle de *catarrhe russe*, de *toux russe* ou simplement de *maladie russe*. »

Après cette étude sur l'origine du mot *influenza*, appliqué à la grippe épidémique, M. Corradi remonte plus haut dans l'histoire jusqu'à l'épidémie catarrhale qui régna à Rome l'an 488 avant le Christ, et qui, suivant Denys d'Halicarnasse, se borna à faire des malades. Vient ensuite une liste chronologique des principales épidémies d'influenza qui ont sévi en Italie depuis l'année 1173 jusqu'à nos jours. M. Corradi en cite 38, dont 16 au moins ont éclaté durant l'hiver, 3 au printemps, 7 dans l'été, 7 en automne.

Nous ne saurions suivre l'auteur dans ses développements tant à propos de l'irrégularité dans l'apparition des épidémies que dans les variations, dans la marche qu'elles ont suivi. Il nous suffira d'avoir attiré l'attention des amateurs d'érudition sur un travail qui concentre une somme considérable de recherches.

le département de ses déboursés, au cas où la sage-femme irait exercer en dehors du département qui a fait la dépense. Quelles mesures? Mystère.

Enseignement. — Ici non plus, la loi nouvelle ne réglemente pas les conditions d'enseignement, et se borne à dire que les sages-femmes de 1re et 2e classe devront obtenir un diplôme, délivré par le gouvernement à la suite d'examens subis devant une Faculté de médecine, une Ecole de plein exercice ou une Ecole préparatoire. Il faut donc en conclure qu'il n'est apporté aucun changement aux conditions d'enseignement antérieures, en principe; mais comme d'une part ces conditions étaient réglées par les articles 30, 31 et 32 notamment de la loi de ventose an XI légèrement modifiées par le décret du 22 août 1854, sur le régime des établissements d'enseignement supérieur, rendu en exécution de la loi de ventôse, et que d'autre part l'article 33 de la nouvelle loi abroge la loi de ventôse intégralement, l'enseignement obstétrical ne se trouvera plus légalement réglementé. Encore une erreur et une lacune de la nouvelle loi qui aurait au moins dû prévoir et autoriser, à ce sujet, un règlement à délibérer en Conseil supérieur de l'Instruction publique, comme aux articles 3 et 5.

Certes il vaut mieux abroger entièrement l'ancienne législation, que d'employer la formule peu claire : sont maintenues toutes les dispositions des anciennes lois non contraires à la présente; mais à la condition que le nouveau texte renfermera lui-même toutes les dispositions nécessaires.

L'article 8 n'emploie plus, comme pour les docteurs et dentistes, les expressions : « Etablissement d'enseignement médical supérieur de l'État »; mais celles-ci : « Faculté de médecine, École de plein exercice ou École préparatoire de médecine ». Il y là un simple défaut d'uniformité de rédaction. Le sens est le même, les établissements énumérés comprenant tous les établissements d'enseignement médical supérieur de l'État. Cette incorrection s'est glissée lors de la substitution du texte du gouvernement, qui portait cette énumération, à celui de la Commission qui continuait à porter : « Établissement d'enseignement médical supérieur de l'État ».

Les sages-femmes de 1re classe ne pourront-elles être reçues, comme par le passé, que par les Facultés? Jusqu'à nouvelle réglementation au moins, nous ne saurions que nous prononcer dans le sens de l'affirmative. Quant à celles de 2e classe, elles continueront à se faire recevoir, à leur choix, par une Faculté, une École de plein exercice ou une école préparatoire. Enfin tout le monde ayant conservé le silence sur la fameuse École de la Maternité de Paris régie par le règlement du 8 novembre 1810 et destinée, jusqu'à ce jour, à la formation de sages-femmes de 1re classe, il en faut conclure qu'aucune atteinte n'est portée à son fonctionnement et à ses droits, par la rédaction de l'article 8. Les élèves sages-femmes n'ont qu'à produire, à la Faculté de médecine de Paris, le certificat de capacité qui leur est délivré par la Maternité, pour en obtenir un certificat d'aptitude de 1re classe, moyennant le paiement d'un droit de 25 francs.

Comme nous l'avons déjà fait remarquer sous l'article 5, M. Isambart, au cours de la discussion à la Chambre, avait demandé et obtenu que, pour les dentistes, le diplôme fût remplacé par un simple brevet, par cette raison que les dentistes n'étaient pas bacheliers. Pour être logique, il eût fallu qualifier également de brevet le titre délivré aux sages-femmes qui n'ont pas non plus à justifier du baccalauréat. C'était bien dans l'amendement à l'article 8 proposé par M. Isambart, mais il a abandonné le fond de sa proposition, sans songer à faire insérer le mot « brevet » dans le texte adopté qui, par suite, continue à employer l'expression de diplôme.

ARTICLE 9.

Il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments. Dans les cas d'accouchement laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine.

Il leur est également interdit de prescrire des médicaments, sauf le cas prévu par le décret du 23 juin 1873 et par les décrets qui pourraient être rendus dans les mêmes conditions, après avis de l'Académie de médecine.

Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et les revaccinations varioliques.

L'article 33 de la loi de ventôse, que remplace le premier paragraphe de la loi nouvelle, était ainsi conçu : « *Les sages-femmes ne pourront employer les instruments dans les cas d'accouchement laborieux, sans appeler un docteur, ou un médecin ou chirurgien anciennement reçu.* »

Emploi des instruments et accouchements laborieux. — Il y a, entre les deux textes, une certaine différence de rédaction assez sensible, quand on y regarde de près. Les raisons de

---

VI. — Ne quittons pas l'influenza sans mentionner une courte note que je trouve dans une brochure publiée à propos du 61e *Banquet annuel des anciens élèves du Collège de Juilly.*

A la page 49, je lis : Le 13 décembre 1889, l'influenza « s'abat sur le Collège de Juilly comme sur tous les autres. Les élèves sont licenciés et rentrent le 20 décembre. L'examen trimestriel se fait régulièrement, malgré cette interruption forcée. Et l'auteur anonyme ajoute :

« On retrouve dans les vieux registres de l'infirmerie la trace d'une épidémie absolument semblable et portant le même nom d'*influenza*, qui a sévi au Collège en 1782, du 12 au 26 juillet. Soixante-cinq élèves en furent atteints.

« Le traitement employé fut celui qui a fourni à Molière le sujet de tant de plaisanteries, celui qu'on désignait dans le langage discret d'autrefois par le mot « remède ». On l'appliquait deux fois par jour à chaque malade. Il semble bien qu'il en valait d'autres, puisque personne ne succomba. »

Dans cet opuscule, j'ai autre chose à signaler; c'est une pièce de vers chaleureux, intitulée : *A la Jeunesse*, qu'un de nos confrères, M. le Dr Adolphe Mony, a fait vivement applaudir. Non content d'être le disciple d'Hippocrate et de rendre un double culte à Apollon dans ses deux attributions de père d'Esculape et de père de la poésie, M. A. Mony emploie depuis longtemps ses loisirs à manier le ciseau du sculpteur.

Mais il revient volontiers à ses premières amours, et la muse de la poésie ne lui tient pas rancune, ainsi que le prouve cet appel ardent à la nouvelle génération. Le poète donne à la jeunesse comme devise ces deux mots : *Devoir et Charité*, et termine ainsi :

« .... — Dans les jours où nous sommes,
Quand des sphinx effrayants se dressent des bas-fonds,
Ce sont là les deux mots qu'il faut rapprendre aux hommes,
Des problèmes cruels ce sont les mots profonds.
Oh ! vous qui les savez, prêts d'entrer dans la vie,
Ne vous détournez pas du grand problème humain,
La Bonté seule apaise et peut vaincre l'Envie,
Marchez le cœur vibrant et ce cœur dans la main.
Des nobles passions soyez toujours apôtres,
Et, d'un cœur généreux les cœurs toujours battants,
Vivifiés du flot répandu pour les autres,
Vous serez dans vingt ans, vous serez dans trente ans
Toujours jeunes, — le cœur est le vainqueur du temps. »

Dr ALBERTUS.

(A suivre.)

cette différence toutefois ne paraissent avoir été expliquées ni dans les rapports que nous avons consultés, ni à la Chambre où l'article 9 a été adopté sans aucun débat, en sorte qu'il y a lieu de se demander si elle est intentionnelle.

La loi de ventôse n'exigeait l'intervention d'un médecin que pour l'emploi des instruments en cas d'accouchement laborieux. Le nouveau texte semble interdire absolument l'emploi des instruments par les sages-femmes et, de plus, prescrire le concours d'un docteur, pour tous les cas d'accouchements laborieux. Il paraît bien plus restrictif que l'ancien, si l'on admet cependant, ce qui sera peut-être plus que rare, soit qu'il puisse se présenter des accouchements laborieux ne nécessitant pas l'emploi des instruments, soit que leur emploi puisse avoir lieu en dehors des accouchements laborieux, ce que le législateur a au moins semblé supposer, en changeant la rédaction, changement qui sans cela ne serait pas heureux puisqu'il ne ferait qu'obscurcir le sens de la loi.

Prescription de médicaments. — En outre, il est désormais défendu aux sages-femmes d'ordonner des médicaments (1). Sous l'ancienne législation, en l'absence d'une semblable disposition, on admettait généralement qu'elles avaient le droit de prescrire tous les remèdes qu'elles jugeaient utiles, dans les accouchements auxquels elles procédaient. Il avait même été jugé qu'elles avaient le droit de soigner les maladies légères ou tout au moins les accidents inhérents à la grossesse et aux accouchements. (Cour de Metz, 27 décembre 1865, Dalloz 66-2-33.) On pouvait d'ailleurs, dans une certaine mesure au moins, tirer argument en ce sens de cette disposition de l'article 32 de la loi de ventôse maintenant abrogée : « *Elles seront examinées... sur la théorie et la pratique des accouchements, sur les accidents qui peuvent les précéder, les accompagner et les suivre, et sur les moyens d'y remédier.* » La nouvelle loi est trop explicite pour admettre que la sage-femme puisse jamais formuler une ordonnance. Une seule exception est faite pour le seigle ergoté, c'est-à-dire pour un cas déjà prévu par un décret du 23 juin 1873, ainsi que pour certains médicaments qui pourraient être ultérieurement indiqués par décrets qui seraient rendus dans les mêmes conditions que celui de 1873, après avis de l'Académie de médecine. Il résulte de l'article 5 de l'ordonnance du 29 octobre 1846, sur la vente des substances vénéneuses, qu'elles ne peuvent être délivrées par les pharmaciens que sur la prescription signée d'un médecin, officier de santé ou vétérinaire breveté. Elles ne pouvaient donc l'être sur celle d'une sage-femme. C'est conformément à l'avis de l'Académie de médecine que le décret du 23 juin 1873, visé par la nouvelle loi, a accordé aux sages-femmes le même droit qu'aux médecins, officiers de santé et vétérinaires brevetés. L'Académie avait pensé que l'on ne pouvait laisser la sage-femme désarmée devant un accident grave tel qu'une hémorrhagie. On lit encore à ce sujet, dans le rapport de M. Chevandier : « Aujourd'hui l'Académie de médecine déclare que si les sages-femmes pouvaient se servir des antiseptiques, elles ne transmettraient pas la fièvre puerpérale d'une accouchée à dix, quinze, ou vingt femmes en couches, qui échapperaient ainsi à une mort presque certaine. C'est cette circonstance qui justifie la prévision de décrets analogues à celui du 23 juin 1873. » Il est à remarquer toutefois que ce décret se rattache spécialement à la matière des substances vénéneuses.

En somme les droits des sages-femmes paraissent encore assez sérieusement restreints par l'article 9 et il y a lieu de se demander si, au moins pour les sages-femmes de 1re classe, on n'a pas un peu dépassé le but, si la santé même des malades ne peut pas se trouver fréquemment compromise par l'impuissance à laquelle on réduit ainsi celles qui les soignent? Ne pourrait-on donner, ne donne-t-on pas, aux sages-femmes de 1re classe au moins, une instruction qui leur permette, si ce n'est d'employer les instruments, en tout cas de prescrire les remèdes, pour tout ce qui rentre dans leur spécialité d'ailleurs assez limitée? Enfin eût-il peut-être été sage de spécifier que le cas d'urgence était excepté de la prohibition, comme on l'avait jugé sous l'ancienne législation (Cour de Chambéry, Ch. correctionnelle, 25 mai 1882, *Gazette des Tribunaux* du 23 juillet 1882). Aujourd'hui pareille solution serait bien difficile, l'article 9 ne reproduisant pas cette exception, comme on a cependant pris le soin de le faire expressément dans l'article 2, pour les officiers de santé. De telle sorte qu'en l'absence de cette latitude, une malade peut se trouver exposée à mourir faute de soins et des remèdes même des plus élémentaires, si l'on ne peut attendre l'arrivée d'un docteur ou s'il ne s'en trouve pas à proximité suffisante. En pareil cas, la réglementation contenue dans la loi n'est-elle pas plus nuisible que protectrice? Le projet du Comité consultatif était plus prudent, car il était ainsi rédigé : « Elles ne peuvent ordonner des médicaments, avant l'arrivée du médecin, que pour parer à des accidents graves, tels qu'une hémorrhagie. »

Appel d'un docteur. — On ne peut ici, en présence des termes si précis de l'article 9, soutenir que, comme pour les dentistes non brevetés qui ont à pratiquer l'anesthésie, il suffirait d'appeler un officier de santé, alors même, pensons-nous, qu'il s'agirait simplement de médicaments à prescrire, ou d'une opération obstétricale non classée dans les grandes opérations figurant au règlement d'administration publique auquel se réfère le troisième paragraphe de l'article? On serait fondé à dire qu'il y a là une lacune dans la loi, si les officiers de santé, qui ne sont maintenus que transitoirement, ne se trouvaient, par conséquent, appelés à disparaître dans un avenir encore assez rapproché. Quant à la loi de ventôse, elle prescrivait d'appeler un docteur « *ou un médecin ou chirurgien anciennement reçu* ». Ces dernières expressions auraient pu laisser supposer qu'il s'agissait aussi des officiers de santé, mais nous avons toujours pensé qu'elles ne concernaient que les médecins ou chirurgiens reçus sous le régime antérieur à l'an XI.

Quel sera le rôle du docteur? Originairement le projet de la Commission portait : « sans l'assistance d'un docteur ». On ne sait comment ni pourquoi ces expressions ont été remplacées par celles-ci « appeler un docteur » comme dans le texte de la loi de ventôse. N'en faut-il pas conclure que le rôle du docteur sera prépondérant, c'est-à-dire qu'il n'aidera pas, ne surveillera pas seulement la sage-femme, en quelque sorte, mais qu'il fera lui-même le nécessaire à sa place, sous sa seule responsabilité. On inclinerait à le penser, eu égard à la suspicion dans laquelle on paraît avoir tenu les sages-femmes, plus que jamais. Quant à l'emploi des instruments plus spécialement, la loi dit, sans ambages, qu'il est interdit aux sages-femmes. Ils ne sauraient donc jamais être maniés que par le docteur lui-même. Il en sera de même évidemment des ordonnances qui ne pourront jamais être formulées et signées par la sage-femme, sauf pour le seigle ergoté et autres médicaments analogues à désigner.

Vaccinations. — Sur un seul point les droits des sages-

(1) Cette disposition aura pour effet de faire tomber sous le coup de l'article 21 (2e paragraphe) et de l'article 23 de la nouvelle loi les sages-femmes qui se livrent à la pratique de la gynécologie, et de prévenir ainsi de trop nombreux abus, contre lesquels on semblait jusqu'alors désarmé.

femmes ont subi une extension. Elle consiste dans le pouvoir de pratiquer les vaccinations anti-varioliques. Dans la pratique elles n'étaient d'ailleurs pas inquiétées, quand elles s'y livraient. C'est, dit le rapport du Comité consultatif d'hygiène, un des services les plus importants qu'elles soient appelées à rendre.

REVUE DES JOURNAUX

(*Suite*) (1).

VI. — CONTRIBUTION A L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU TABES DORSALIS. SUR LA TOPOGRAPHIE DES LÉSIONS SPINALES DU TABES AU DÉBUT ET SUR LA VALEUR SYSTÉMATIQUE DE CES LÉSIONS, par le Dr F. RAYMOND. (*Revue de médecine*, janvier 1891, n° 1, p. 1.)

VII. — UN CAS DE TABES DORSALIS AVEC MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE SYPHILITIQUE, par le Dr SIDNEY KUH. (*Archiv. für Psychiatrie und Nervenkrank.*, t. XXII, fasc. 3, p. 699, 1891.

VI. — Le mémoire de M. Raymond comprend trois parties : La première est consacrée à la relation d'un cas de tabes dorsalis où l'autopsie a pu être faite à une époque relativement peu éloignée du début de la maladie. La durée de la maladie a été de deux ans environ. Les principaux symptômes ont consiste dans une légère incoordination motrice, dans de la diplopie, des douleurs, lancinantes dans les membres inférieurs, des crises douloureuses violentes, siégeant au sternum, de l'hyperesthésie, des phénomènes de paresthésie, une surdité double, dont le développement fut précédé de sifflements d'oreille ; abolition des réflexes rotuliens. Le malade a été traité par la pendaison, sans succès d'ailleurs. A

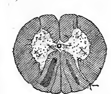


Figure 1

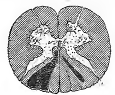


Figure 3

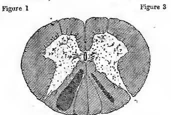


Figure 2

noter que les troubles de la sensibilité, caractérisés surtout par de l'hyperesthésie, étaient plus accusés à droite qu'à gauche. Ce dernier détail est à rapprocher des résultats de l'examen histologique de la moelle. Celle-ci était envahie par des lésions qui avaient la distribution constatée déjà par d'autres observateurs dans un certain nombre de cas de tabes au début. Or, sur toute sa longueur, la lésion spinale atteignait une extension et une intensite beaucoup plus grandes à droite qu'à gauche. De plus, elle allait en décroissant de la région cervicale supérieure jusqu'à la région dorsale inférieure. A ce propos, M. Raymond a fait remarquer que l'intégrité du segment lombaire, constatée à l'autopsie d'un tabétique du vivant duquel on avait observé de la façon la plus nette l'abolition du phénomène du genou, est en opposition avec ce que Westphal nous a appris touchant le siège de la lésion qui tient sous sa dépendance le symptôme en question. D'après Westphal, l'abolition du phénomène du genou indiquerait l'envahissement du segment lombaire par les lésions du tabes, ce qui n'avait pas lieu chez le malade de M. Raymond. Chez ce malade on a constaté de la façon la plus nette l'intégrité des racines postérieures et des nerfs périphériques, et l'intrégrité des méninges.

Quant à la distribution des alterations spinales sur des coupes transversales, on pourra s'en faire une idée exacte par les dessins schématiques ci-joints, que l'auteur a bien voulu mettre à notre disposition. La figure 1 représente une section de la moelle dorsale inférieure, la figure 2 une section de la moelle dorsale moyenne, la figure 3 une section de la moelle dorsale supérieure.

Dans la seconde partie de son mémoire M. Raymond passe en revue les exemples connus de tabes dorsalis ayant donné lieu à une autopsie après une durée de maladie relativement peu longue. Vingt-cinq dessins annexés au mémoire de l'auteur permettent de comparer facilement les résultats constatés à l'autopsie de ces différents cas de tabes au début. Ces résultats offrent entre eux une assez grande concordance. En outre, ils justifient d'une façon générale ce que M. Raymond écrivait en 1884, dans son article Tabes dorsalis, du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, au sujet de la localisation de la lésion du tabes au début : Primitivement la lésion du tabes occupe le territoire du cordon postérieur, qui est traversé par les filets radiculaires, le territoire par où, d'une part, les filets radiculaires pénètrent dans la corne postérieure et où, de l'autre, ils se continuent dans les racines postérieures, (partie moyenne du cordon posterieur, bandelettes externes de Charcot-Pierret). Indépendamment de ce territoire lateral, la lésion peut occuper, de chaque côté de la scissure médiane postérieure, une zone qui, en s'étendant, envahit peu à peu les cordons de Goll et finit par fusionner avec les bandelettes latérales.

Dans une troisième et dernière partie, M. Raymond passe en revue les résultats des plus récentes recherches embryogéniques de Flechsig, qui établissent un parallélisme entre la topographie des lésions initiales du tabes et la chronologie du développement de certains systèmes de fibres des cordons postérieurs de la moelle. D'après les recherches de Flechsig, les lésions du tabes envahissent précisément les systèmes de fibres des cordons posterieurs, qui sont les premiers à se développer. D'où cette conclusion que le tabes dorsalis est une maladie systématique de la moelle, en ce sens qu'au début du moins, les lésions sont limitées à un même *système embryonnaire* de fibres.

En résumé, M. Raymond conclut :

Que les lésions spinales du *tabes dorsalis vrai* peuvent exister indépendamment de toute altération des méninges, des racines postérieures et des nerfs périphériques ;

Qu'au début de la maladie, la topographie de ces lésions spinales, quoique sujette à des variations individuelles, présente une assez grande uniformité ;

Que le tabes dorsalis vrai est une affection systématique

(1) Voir les numéros 15 et 16, 1891.

des centres nerveux, dans le sens attribué à ce mot par Flechsig.

VII. — Dans le courant des deux dernières années, on a publié à l'étranger, trois cas d'affections syphilitiques du cerveau, ayant présenté une grande ressemblance avec le tabes dorsalis classique, tont en s'en distinguant tant au point de vue clinique, qu'au point de vue anatomo-pathologique. Il est admis pour ces cas que les altérations spinales sont consécutives aux altérations méningitiques concomitantes, qu'il s'agit en somme d'un pseudo-tabes syphilitique caractérisé anatomiquement par des néoformations gommeuses. En publiant l'observation dont nous allons donner un résumé succinct, M. Kuh croit fournir la preuve qu'une affection de la moelle peut évoluer sous les traits du tabes typique, conjointement avec une méningite syphilitique et indépendamment de celle-ci.

H, W. acteur; à l'âge de vingt ans, ulcération sur le gland, qui fut traitée par des applications de mercure; pas de manifestations secondaires. Les premiers symptômes de la maladie actuelle sont apparus au mois de décembre 1887; pendant qu'il était sur la scène, M. W. a été pris de vertige et d'une incertitude dans les mouvements. Il alla consulter le prof. Erb, qui diagnostic un tabes au début et prescrivit des frictions mercurielles (40 frictions chacune de 4 grammes d'onguent gris). Au mois de février 1888, le malade fut soumis à un traitement par les courants continus. A cette époque les symptômes se réduisaient à l'abolition des réflexes patellaires, un peu d'oscillation du tronc dans l'obscurité, de l'anesthésie au niveau des doigts de pied; difficulté pour marcher; par moments, sensation de crampes dans les mollets.

Au mois de mai, le traitement par les courants galvaniques avait amené une amélioration considérable. Une cure à Nauheim produisit l'effet inverse: ataxie motrice; douleurs lancinantes, troubles de la sensibilité dans la sphère d'innervation du cubital, arthropathie du genou gauche, etc. Traitement par l'iodure de potassium pendant six semaines environ.

Au mois de mars 1889, le malade fut traité par la pendaison. A la suite des premières séances, l'oppression et l'état vertigineux dont il souffrait depuis quelque temps augmentèrent; il fut pris de palpitation. On dut cesser le traitement. Quatre jours plus tard, le malade mourut subitement la nuit, après s'être plaint d'une forte oppression.

L'autopsie a fait constater l'existence d'une dégénérescence symétrique des cordons latéraux avec méningite concomitante, atrophie des racines postérieures, épaississement considérable des os du crâne et hypertrophie du cœur. La dégénérescence des cordons postérieurs atteignait sa plus grande étendue dans le segment lombaire; elle présentait la topographie qu'on lui trouve dans les cas de tabes au début, et telle qu'elle a été décrite, notamment par Krauss et Strumpell. Elle remontait jusqu'au delà de l'entrecroisement des pyramides. La méningite s'étendait à toute l'étendue du névraxe cérébro-rachidien; dans le crâne elle était surtout très prononcée à la partie antérieure de la convexité. Elle revêtait des caractères qui rendaient extrêmement vraisemblable sa nature syphilitique. Elle était de date récente.

Eu égard aux rapports de la dégénérescence des cordons postérieurs et des altérations méningitiques, M. Kuh est d'avis que celles-ci n'avaient pas été le point de départ de celle-là; car la première était de date relativement ancienne, tandis que la méningite se présentait sous le dehors d'une lésion récente. D'autre part, la méningite intéressait tout le pourtour de la moelle, tandis que dans l'épaisseur de celle-ci, seuls les cordons postérieurs étaient altérés; la méningite ne présentait pas partout la même intensité sur les deux moitiés de la moelle, tandis que la dégénérescence des cordons postérieurs présentait partout une disposition absolument symétrique. Donc l'une et l'autre devaient être des effets distincts d'une seule et même cause, l'infection syphilitique.

A noter encore qu'on a trouvé, à l'autopsie du malade de Kuh, des altérations considérables de l'insula gauche, avec destruction d'une partie des cellules ganglionnaires et des fibres radiées; or le malade, jusqu'à ses derniers moments, n'a pas présenté le moindre trouble du langage.

L'auteur voit dans ce fait clinique une preuve d'un rapport étiologique étroit entre la syphilis et le tabes dorsalis vrai. On y pourra voir aussi une preuve nouvelle de l'impuissance du traitement spécifique dans les cas de tabes présumé syphilitique, impuissance qui, chez le malade de Kuh, s'est manifesté dans des circonstances particulièrement instructives: le malade a été soumis à une cure énergique par les frictions mercurielles, à l'apparition des premiers symptômes de son tabes.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de la diphthérie, par le Dr Delthil. O. Doin, éditeur, 1890.

Le traité de la diphthérie que M. Delthil a présenté au public médical est plutôt un mémoire très complet et très convaincu de la méthode de traitement qu'il a préconisée jadis. On sait avec quelle ténacité ce médecin a défendu son procédé de traitement par les hydrocarbures non toxiques. Mais cette question réservée, ce livre n'atteste pas moins une heureuse tentative de décentralisation scientifique: il serait à désirer que les médecins qui exercent à la ville et à la campagne s'intéressent encore assez aux choses de la médecine purement doctrinale et didactique, pour nous donner de temps en temps les résultats de leurs observations et de leur pratique. La clinique du médecin praticien est un beau livre à écrire, et qui devrait tenter plus d'un médecin, quelque absorbé qu'il fût par sa clientèle.

Il y aurait bien à dire au sujet de la partie microbiologique de l'ouvrage. L'auteur, après un court aperçu historique — et il me permettra de trouver qu'il a été un peu bref pour Loeffler, à qui appartient en réalité la première étude approfondie du bacille, — l'auteur, dis-je, se borne à reproduire à peu près textuellement les mémoires que MM. Roux et Yersin ont publiés dans les annales de l'Institut Pasteur. Quant au procédé pour avoir des cultures pures, je ne crois pas que M. Delthil se soit renseigné aux bons auteurs: le bacille ne se développe pas, ou mal, sur la gélatine, et ce n'est pas par l'ensemencement sur plaques qu'on arrive à l'isoler, le meilleur milieu est, au contraire, le sérum gélatinisé, selon la formule qu'en a donnée Loeffler en y ajoutant du bouillon peptonisé, sucré et salé. Je ne voudrais pas insister sur cette partie de l'histoire de la diphthérie purement technique, si déjà, dès le premier chapitre, quelques phrases ne laissaient entrevoir une hérésie, en ce qui concerne le *siège* des bacilles. Je crois qu'il n'y a pas besoin de citer ses auteurs pour affirmer que le bacille est et reste dans la fausse membrane, et si des observateurs ont vu des bacilles dans les vaisseaux qu'ils obstruent, ce ne peut être qu'une erreur d'observation, ou bien il ne s'agit plus du bacille diphthérique. Abstraction faite des

infections secondaires, la diphthérie est, de l'aveu de tous, une maladie plus toxique qu'infectieuse, au sens le plus strict du mot. Sur ce point il n'y a pas de contestation possible parmi les observateurs.

Je ne veux pas quitter, après l'avoir à peine effleuré, la partie bactériologique du livre, sans dire un mot de la recherche des bacilles dans les cas douteux (page 193). M. Delthil a peut-être un peu exagéré les difficultés de celle-ci, et le praticien, pourvu qu'il soit muni d'un bon microscope, peut faire un examen très suffisant. Il se bornera pour cela à colorer un fragment de membrane avec du bleu de méthylène, de la dissocier et de l'examiner. Le procédé est un peu grossier mais peut suffire à affirmer qu'il y a des bacilles et par conséquent diphthérie, sinon à rejeter celle-ci lorsque l'examen restera négatif. Cet examen aura de plus en plus d'importance à mesure qu'on connaîtra mieux les angines à exsudats membraneux, qui n'ont rien de commun que l'aspect avec la diphthérie.

Mais on sent que l'auteur a hâte d'en arriver au traitement; et, forcément, il a dû un peu écourter l'anatomie et la symptomatologie de la maladie, — toujours en nous en tenant au titre de l'ouvrage. M. Delthil a son excuse toute trouvée; avec un zèle et une activité qui l'honore, il a cherché, trouvé et appliqué une méthode de traitement qu'il a défendue avec ténacité et qu'il peut regarder comme sienne à juste titre.

Ce n'est pas le lieu de faire la critique des résultats fournis par le traitement de M. Delthil, que l'on trouvera exposé dans l'ouvrage avec tous ses détails; les meilleures méthodes ont des défaillances. Mais le lecteur trouvera dans ce chapitre des conseils qui seront à méditer et à retenir par les médecins qui se laissent rebuter par l'indocilité de l'enfant ou le mauvais vouloir des parents; il retiendra ces deux opérations fondamentales dans le traitement de la diphthérie: attouchements répétés et dissociation des fausses membranes; irrigations du pharynx, qui répondent, en somme, aux indications suivantes — entre autres — destruction du lieu d'élaboration et de l'agent d'élaboration des toxines; entraînement de celles-ci avant qu'elles puissent être absorbées.

M. Delthil, dans son ouvrage et dans une communication de l'année 1890 à l'Académie a écrit un long plaidoyer en faveur de l'identité de la diphthérie des oiseaux et de la diphthérie humaine. Malheureusement la question n'est pas encore près d'être élucidée. Nous avons tenu nos lecteurs au courant des recherches et des opinions que M. le professeur Teissier a développées et défendues à Lyon. (Voir la *Gazette médicale de Paris* de 1889.) On n'en est encore qu'aux hypothèses et aux analogies; les preuves certaines et vraiment scientifiques manquent. Ce n'est pas non plus parce que avec le bacille humain on peut donner la diphthérie aux animaux (poules, pigeons, etc.,) qu'on peut en conclure que la maladie animale diphthérie est identique avec la diphthérie humaine. Mais ces réserves admises on trouvera dans l'ouvrage de M. Delthil des faits intéressants au sujet de l'importance des boues et des fumiers dans la propagation de la diphthérie, et des exemples nombreux de *coexistence*, dans un même milieu, de diphthérie humaine et de diphthérie des volailles. Ces faits, de connaissance répandue aujourd'hui, sont évidemment d'un grand poids en faveur de l'identité des deux maladies, mais n'en constituent pas néanmoins des preuves absolument convaincantes. Ils ont cependant plus de valeur que les citations empruntées à Mme Millet-Robinet, article MALADIES DES POULES. Il ne s'agit pas d'établir une *analogie de symptôme* plus ou moins nette, mais une *analogie de nature*. Toute la question est là.

H. B.

I. — DES AFFECTIONS A PNEUMOCOQUES INDÉPENDANTES DE LA PNEUMONIE FRANCHE, par BOULAY. — Chez Steinheil, 1891.

II. — DE LA PÉRITONITE A PNEUMOCOQUES, par M. LAJOTTE. — Ollier-Henry, 1891.

Les localisations extrapulmonaires du pneumocoque commencent à être bien connues; et si elles se montrent si fréquentes, ce fait tient à la dissémination de ce microbe. Observé dans la salive normale par Weichselbaum et Netter, il a été retrouvé dans les fosses nasales, dans les sinus, dans les mucosités bronchiques; on a noté son passage dans l'urine et dans le lait, au cours des affections pneumococciques.

De là deux sortes d'infections : l'une directe, ayant pour conséquence une lésion sur place, au lieu même où vit le microbe — angine, bronchite, — ou bien gagnant à distance directement par les conduits naturels — trompe d'Eustache, fissures crâniennes; — l'autre se faisant par l'intermédiaire du sang et frappant des organes éloignés.

Dans ces localisations nouvelles, le pneumocoque fait du pus, mais ce pus est caractéristique comme aspect. C'est un exsudat verdâtre, crémeux, plastique, adhérent aux parois de la cavité qui les renferme; ces caractères sont surtout prononcés dans les séreuses.

L'infection pneumococcique peut être d'emblée générale ou, au contraire, se manifester par une lésion locale.

La première forme ne se voit guère que chez les animaux, chez les souris en particulier, et dans le cas où le microbe a acquis une virulence particulière, par le passage successif par l'organisme de la souris par exemple. Dans ce cas, il n'y a pas de lésion locale, et chez les espèces plus réfractaires celle-ci doit être considérée comme le résultat de la réaction inflammatoire des tissus au niveau de sa porte d'entrée.

Cependant chez l'homme, dans les cas graves ou mortels, on peut trouver le pneumocoque dans le sang, ainsi que le prouvent d'ailleurs les localisations à distance, comme l'endocardite pneumonique. D'autre part, certaines analogies cliniques, certaines coïncidences d'états morbides généraux avec les épidémies de pneumonie, justifieraient la conclusion de Kühn, qui admet chez l'homme une véritable septicémie pneumococcique, se manifestant non seulement par les symptômes d'embarras gastrique, par une légère congestion pulmonaire ou cérébromédullaire, mais parfois uniquement par une *fièvre pneumonique*.

Voyons maintenant rapidement quelles sont les localisations extrapulmonaires du pneumocoque.

Ce sont d'abord les bronchites et les bronchopneumonies. Les localisations bronchiques peuvent être ou la bronchite vulgaire ou la bronchite capillaire ou la bronchite pseudomembraneuse.

La bronchopneumonie à pneumocoques est tantôt à noyaux disséminés, tantôt pseudolobaire. Les noyaux en seraient plus gros et plus granuleux que dans la brouchopneumonie à streptocoques; mais on n'y retrouve pas l'exsudat fibrineux si caractéristique de la pneumonie franche.

L'examen bactériologique des crachats est seul capable de donner des notions certaines sur la *nature* de ces bronchites, qui n'ont pas de pronostic spécial.

Mais la bronchopneumonie à pneumocoques est beaucoup plus grave que la pneumonie simple. La mort est presque de règle, ce qui semble tenir surtout à l'association, dans ces cas, du pneumocoque avec d'autres organismes pyogènes.

Nous ne reviendrons pas sur les pleurésies à pneumocoques, nous en avons parlé à propos de la thèse de Courtois-Suffit. (Voir *Gazette médicale*, 1891, n° 12.) Signalons, cependant, d'après Talamon, Weichselbaum, Prior, etc., la possibilité de

la pleurésie sérofibrineuse à pneumocoques, dont on n'a pas encore, il est vrai, un nombre suffisant d'observations pour pouvoir en décrire les symptômes. Kelsch, cependant, attribue au pneumocoque certaines formes à évolution rapide et à terminaison heureuse; mais on en connaît des exemples qui se sont terminés par la mort.

La *péricardite* n'a pas été rencontrée jusqu'ici en dehors d'autre localisation pneumococcique : plenrésie, péritonite, méningite; et ne se révèle le plus souvent qu'à l'autopsie. Chez les animaux, on peut l'obtenir par trois procédés : l'inoculation dans le péricarde, dans la plèvre, ou dans le tissu cellulaire sous-cutané.

L'*endocardite* est une localisation de la septicémie pneumococcique et suppose une lésion valvulaire préexistante; c'est du moins ce qui ressort des expériences de Netter, qui a pu la reproduire par ce procédé chez le lapin. (Voir *Gazette médicale de Paris*, 1889, Revue générale.)

La *méningite* pneumococcique peut se manifester soit à l'état sporadique, soit à l'état épidémique. (Voir *ibid.*, Revue générale, et l'analyse de la thèse de M. Adenot, *Gazette médicale*, 1890.) Pour cette dernière, l'examen bactériologique a donné quelques résultats confirmatifs, mais la question n'est pas encore jugée d'une façon définitive.

Viennent ensuite les *arthrites*, toujours accompagnées de pneumonie, et rares; les *amygdalites* aiguës; l'*entérite*, exceptionnelle; la *néphrite*; la *métrite*; les *inflammations des fosses nasales et des sinus*; l'*otite moyenne*; l'*ostéopériostite*; et, dans quelques cas rares, des *abcès* et *phlegmons*.

Enfin, la *péritonite*, dont on commence à connaître quelques exemples. Le péritoine semble être un milieu peu favorable au développement du pneumocoque et nous ignorons dans quelles circonstances le microbe peut pulluler et donner lieu à des accidents. L'irritation ou la lésion du péritoine chez les animaux, suivie d'une inoculation de pneumocoques, n'a pas donné les résultats qu'on espérait atteindre : la péritonite ne s'est pas développée.

L'épanchement peut être purulent ou sérofibrineux et la marche n'a pas toujours l'allure bruyante des péritonites ordinaires. Dans tous les cas, sauf ceux où l'inflammation se localise, la péritonite à pneumocoques s'est terminée par la mort.

La porte d'entrée semble pouvoir être l'intestin ou, chez la femme, les organes génitaux internes.

H. Barbier.

BULLETIN

PLEURÉSIE ET TUBERCULOSE. — CURABILITÉ DE LA TUBERCULOSE.

A la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, M. Netter a fait une communication très importante, qui remet à nouveau sur le tapis la question déjà si souvent discutée de la nature de la pleurésie dite simple, essentielle. Le temps n'est pas encore bien éloigné où cette maladie était considérée comme une inflammation spéciale, ayant son individualité, son autonomie, comme une entité morbide dans le sens propre du mot : c'est même à ce dernier titre qu'elle a dû longtemps les honneurs d'une description à part dans les ouvrages classiques. En se plaçant au seul point de vue de la pathologie générale, on pouvait déjà s'étonner de ce privilège, car c'est une notion aujourd'hui universellement admise que les inflammations des séreuses sont rarement primitives, mais qu'elles sont bien plus souvent, sinon toujours, le produit et en quelque sorte le reflet des lésions des organes sous-jacents. *A priori*, la plèvre ne devait pas échapper à cette loi et l'on pouvait admettre en principe que ses altérations sont toujours secondaires. Il y a quelques années, M. Landouzy s'est prévalu de cette donnée générale pour soutenir, appuyé sur la clinique, que la grande majorité des cas de pleurésie simple, *a frigore*, sont en réalité d'origine tuberculeuse. La pleurésie simple, répétait volontiers notre éminent collègue dans ses leçons, la pleurésie est fonction de tuberculose. C'était l'observation ultérieure des faits qui fournissait à cette thèse le point d'appui nécessaire. M. Landouzy démontrait par eux que l'apparition ultérieure des signes de la tuberculisation pulmonaire était la règle chez les malades atteints de cette variété de pleurésie en apparence inoffensive. Ainsi donc l'appréciation pronostique de celle-ci devait être radicalement modifiée à l'avenir. Cette proposition, interprétée dans un sens trop absolu, n'a pas manqué de faire naître des objections, dont la principale est tirée du maintien de l'état général chez un assez grand nombre de pleurétiques observés à longue échéance et de l'absence, chez cette catégorie de malades, de toute trace de tuberculisation ultérieure. Il n'en est pas moins vrai qu'elle renferme une très grande part de vérité. D'ailleurs, elle a reçu l'adhésion de presque tous les observateurs qui se sont occupés de la question, et parmi lesquels nous citerons MM. Pitres et Vaillard, Vacquez, etc. Présentement, sa valeur n'est plus guère discutée.

Les recherches de M. Netter, auxquelles nous avons fait allusion plus haut, viennent renforcer encore l'opinion de M. Landouzy et lui donner le puissant appui que peut fournir l'expérimentation bien conduite. Notre collègue a cherché surtout un moyen de déterminer de bonne heure la nature bacillaire des épanchements séro-fibrineux de la plèvre, problème que la Clinique seule, avec ses ressources forcément limitées, se montre à peu près impuissante à résoudre. L'inoculation au cobaye du liquide de ces épanchements lui a semblé le moyen le plus pratique pour arriver à cette détermination, car elle réalise une véritable réaction sur un organisme vivant, très impressionnable, comme on le sait, vis-à-vis de tous les produits pathologiques d'origine tuberculeuse. Or, ces inoculations, appliquées dans 41 cas de pleurésies séro-fibrineuses, ont donné 15 fois des résultats positifs. Déduction faite des cas où l'origine de la pleurésie était évidemment secondaire à la tuberculose du poumon ou bien à d'autres affections, il reste 20 cas comprenant les pleurésies de cause inconnue, celles que l'on pourrait appeler simples. Or, ces 20 cas ont donné 8 résultats positifs, soit une proportion de 40 0/0. M. Netter a cru pouvoir tirer de ces chiffres une conclusion rigoureuse et c'est ainsi qu'il a été conduit par le raisonnement à admettre que la pleurésie séro-fibrineuse est d'origine tuberculeuse près de 70 fois sur 100. Cette donnée rigoureusement numérique est une confirmation éclatante de la proposition de M. Landouzy, proposition qui d'ailleurs n'avait rien d'exclusif, car son auteur n'a jamais tenté d'en faire une univoque et absolue et il a toujours admis la possibilité de la guérison complète chez certains pleurétiques. Les conclusions de M. Netter ne veulent pas dire autre chose et il ne faudrait pas y chercher un sens qui n'y est pas contenu : savoir, que tout individu atteint de pleurésie séro-fibrineuse est destiné à devenir tuberculeux. Pour écarter une interprétation aussi inexacte, il suffirait de rappeler, avec notre collègue, que la curabilité de la tuberculose dans toutes ses formes est une chose démontrée, mais surtout celle de la tuberculose loca-

lisée aux séreuses. Dans ses leçons sur ce sujet, M. Landouzy n'a jamais soutenu autre chose.

— Nous venons de parler du pronostic éloigné de la pleurésie simple. Cette question se rattache étroitement à une autre beaucoup plus vaste, qui n'est autre que celle de la curabilité de la tuberculose pulmonaire, envisagée d'une manière générale. Malgré tout ce qui a été dit sur ce sujet, on aurait tort de le croire épuisé, car nous le voyons, au contraire, inscrit périodiquement à l'ordre du jour des Sociétés savantes étrangères. La Société de médecine interne berlinoise en particulier l'a repris récemment, par l'organe de quelques-uns de ces membres les plus accrédités. Ainsi M. le Dr Wolff, de Gobersdorff, est venu faire connaître les résultats de son expérience personnelle, fort étendue, si l'on s'en rapporte à la situation spéciale de notre confrère qui exerce la médecine dans une des stations climatériques les plus fréquentées de l'Allemagne. D'après M. Wolff, le nombre des cas de tuberculose latente est plus considérable qu'on ne pense et par ce mot il faut entendre non seulement les cas de phthisie reconnus cliniquement et ayant subi une phase d'arrêt plus ou moins appréciable, mais encore ceux qui ont été méconnus et que l'on englobe si souvent sous la rubrique d'affections banales (grippe, catarrhe pulmonaire) ces derniers cas forment une catégorie nombreuse, si l'on en juge par la fréquence des lésions tuberculeuses anciennes trouvées à l'autopsie chez des individus morts d'une affection intercurrente et chez lesquels, de leur vivant, nul dérangement sérieux de la santé n'avait attiré l'attention du côté du poumon. Les temps d'arrêt dans l'évolution des lésions peuvent offrir une durée fort longue, de quinze à vingt années et davantage et, dans cet intervalle, l'amélioration est souvent telle que les malades peuvent reprendre le train de la vie la plus active.

Les remarques de M. le Dr Wolff ont d'autant plus de poids que l'auteur a pu suivre ses malades pendant un cycle de plusieurs années, appelé périodiquement, durant ce laps de temps, à contrôler par lui-même l'état des lésions pulmonaires bien et dûment constatées lors d'un premier examen. Elles ont, d'ailleurs, reçu l'appui d'une des autorités médicales les plus considérables de l'Allemagne, le Dr Ziemssen, de Munich, qui affirme avoir observé aussi pour sa part un grand nombre de guérisons durables. Ainsi, d'après nos confrères allemands, la curabilité de la tuberculose ne fait plus de doute, elle devrait même à l'avenir être substituée à la doctrine opposée, qui a si longtemps régné dans les enseignements de la médecine traditionnelle.

Sans doute, ces notions ne sont pas nouvelles, et, en France, nous sommes familiarisés depuis longtemps avec ce dogme de la curabilité de la phtisie, au point qu'il ne trouve plus guère d'opposants. Le professeur Jaccoud a même consacré dans le temps à ce sujet quelques-unes de ses plus remarquables leçons et à proclamé ouvertement la doctrine précédente. Il est bon, néanmoins, vis-à-vis d'une question de cette importance, que des voix s'élèvent pour affirmer à nouveau une vérité particulièrement consolante. Ne peut-on faire remarquer, en passant, que le mérite d'avoir reconnu cette vérité revient tout entier à la clinique, à l'observation simple et directe des faits, et non aux méthodes expérimentales, qui ont le tort de vouloir systématiquement généraliser à l'homme les résultats obtenus sur des races animales visiblement inférieures?

P. Muselier.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consulatif d'hygiène publique de France. — *Présidence de M. le professeur* Brouardel. — M. Henri Monod rend compte de l'état sanitaire à l'intérieur; aucune épidémie nouvelle n'a été signalée en dehors de quelques cas de rougeole à Auxerre. La fièvre typhoïde continue à sévir sur la garnison de Brest.

— M. Proust rend compte de l'état sanitaire à l'extérieur. Il y a en 6 cas mortels de choléra à Massouah; des mesures hygiéniques rigoureuses ont arrêté l'épidémie dans la ville.

La recrudescence de choléra à Calcutta s'est manifestée par l'arrivée à Suez d'un plus grand nombre de navires passibles de mesures quarantenaires; mais conformément à ce qu'exigent les Anglais, qui sont en majorité dans le conseil sanitaire, ces navires passent sans aucune mesure sanitaire à Suez. C'est ainsi que le 15 mars un navire anglais qui avait eu à son bord, dans son voyage de Calcutta à Colombo, 11 cas de choléra, est arrivé à Suez, est resté en rade le temps nécessaire à quelques réparations et s'est engagé ensuite dans le canal, sans avoir subi même vingt-quatre heures d'observation.

La peste a présenté une grave recrudescence dans l'Assyre; on parle de 10,000 morts déclarés, ce qui serait énorme dans ce pays, l'un des moins peuplés du monde.

— M le professeur Proust lit un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur la garnison d'Auxonne, aux mois de novembre et de décembre 1890, épidémie due à de l'eau de boisson insalubre.

— M. Chauveau lit un rapport sur la rage. Après avoir constaté les résultats favorables obtenus par la méthode de M. Pasteur, M. Chauveau conclut à ce que le Comité donne son approbation aux conclusions votées par l'Académie de médecine. Adopté.

— M. G. Ballet lit un rapport concluant à ce qu'il ne soit pas donné suite au vœu du conseil d'hygiène du Finistère demandant que les instituteurs soient autorisés à vacciner les enfants. Conclusions adoptées.

— M. le professeur Brouardel lit un rapport sur la répartition de la fièvre typhoïde en France, d'après les documents fournis par la statistique médicale de l'armée et la statistique sanitaire de la population civile.

Le comité exprime le vœu que ce rapport soit publié au *Journal Officiel*.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

Concours pour l'adjuvat. — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 11 mai 1891, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves-docteurs de la Faculté, Français ou naturalisés Français, sont admis à prendre part à ce concours. — Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, jusqu'au samedi 2 mai 1891. Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1891; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1894.

— Le concours ouvert le 13 courant devant la Faculté de Médecine de Paris, pour la nomination à l'emploi de médecin en chef des hospices de Bourges, vient de se terminer par la nomination de M. le Dr Casanova.

Session de la Société française d'ophtalmologie en 1891. — La prochaine réunion de la Société française d'ophtalmologie aura lieu le lundi 4 mai 1891.

Bureau central des hôpitaux. — CONCOURS DE MÉDECINE. — Ordre d'admissibilité pour la 3e épreuve : MM. Delpeuch, Mathieu, Lebreton, Le Gendre, Lermoyez, Giraudeau, Gilles de la Tourette, Dalché, Widal, Béclère.

HOPITAL BICHAT. — Leçons de clinique et de thérapeutique. — M. HENRI HUCHARD commencera ses leçons à l'hôpital Bichat le *Dimanche* 26 *avril à dix heures très précises*, et les continuera les *Dimanches* suivants à la même heure.

OBJET DU COURS : Médecine pratique. — Diagnostic et traitement des maladies. — Mode d'administration et posologie des médicaments.

Le *Lundi*, conférence de séméiologie aux salles Louis et Bazin. — Le *Mardi* et le *Vendredi*, consultations externes. — Le *Mercredi* et le *Samedi*, visite des malades nouveaux, à 9 heures 1/2. — Le *Jeudi*, consultation pour les maladies du cœur; travaux pratiques dans les laboratoires de thérapeutique et d'anatomie pathologique.

Cours de clinique médicale. — Le Dr LANDOUZY, agrégé, médecin de l'hôpital Laennec, y commencera à l'amphithéâtre, à dix heures, le jeudi 30 avril, un cours de clinique qu'il continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Chemin de fer d'Orléans. — *Voyages dans les Pyrénées.* — La Compagnie d'Orléans délivre toute l'année des billets d'excursion comprenant quatre itinéraires différents permettant de visiter le Centre de la France, les stations hivernales des Pyrénées et du Golfe de Gascogne.

Les prix des billets sont les suivants :

1er Itinéraire : 1re cl. 225 fr.; 2e cl. 170 fr. — Durée de validité : 45 jours.

2e, 3e et 4e Itinéraires : 1re cl. 180 fr.; 2e cl. 135 fr. — Durée de validité : 30 jours.

La durée de ces différents billets peut être prolongée d'une, deux ou trois périodes de 10 jours, moyennant paiement, pour chaque période, d'un supplément de 10 0/0 du prix du billet.

Enfin, il est délivré de toute gare des Compagnies d'Orléans et du Midi, des billets Aller et Retour de 1re et 2e classe réduits de 25 0/0, pour aller rejoindre les itinéraires ci-dessus, ainsi que de tout point de ces itinéraires pour s'en écarter.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 12 AU 18 AVRIL 1891

Fièvre typhoïde, 5. — Variole, 0. — Rougeole, 44. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 10. — Diphtérie, croup, 41. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 229. — Autres tuberculoses, 35. — Tumeurs cancéreuses et autres, 53. — Méningite, 41. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 56 — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 12. — Maladies organiques du cœur, 56. — Bronchite aiguë et chronique, 81. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 125. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 45. — Fièvre et péritonite puerpérales. 5. — Autres affections puerpérales, 5. — Débilité congénitale, 33. — Sénilité, 42. — Suicides et autres morts violentes, 37. — Autres causes de mort, 186. — Causes inconnues, 17. — Total 1172.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).

CHIRURGIE PRATIQUE

DE LA CIRCONCISION ENVISAGÉE PRINCIPALEMENT CHEZ L'ADULTE. — MANUEL OPÉRATOIRE ET PRATIQUE SIMPLIFIÉE DE L'OPÉRATION. — SOINS PRÉLIMINAIRES ET CONSÉCUTIFS (1).

Par le Dr Paul Thiéry.
Prosecteur de la Faculté.

(Suite) (1)

APPLICATION DE LA PINCE A PHIMOSIS.

A. — La quantité de téguments préputiaux à retrancher n'est pas indifférente. Tandis que la plupart des auteurs recommandent d'exciser la plus grande portion possible de l'organe sons peine de récidive, nous avouons (bien que suivant le précepte inverse) n'avoir point encore observé ce résultat malgré le soin que nous avons pris de suivre nos malades; que cela soit ainsi chez l'enfant à prépuce parfois d'une exubérance considérable, c'est possible; chez l'adulte nous ne croyons la chose ni probable ni peut-être possible.

D'autres auteurs incriminent surtout la muqueuse; réséquez le plus possible, disent-ils. Cette crainte ne se justifie pas. Chez nombre de nos opérés nous avons, dans un but de pansement que nous indiquerons dans ce travail, réséqué largement la peau, conservant la presque totalité du feuillet muqueux sauf son limbe rétréci et nous n'avons pas observé cette récidive si fréquente et si intimement liée à la conservation de la muqueuse.

Nous avons d'abord obéi au préjugé classique et nous avons fait le sacrifice total du prépuce : le résultat opératoire était sans doute bon et la récidive improbable ou impossible, mais comme il n'est point de petit détail il faut ajouter que le résultat était fort défectueux au point de vue des formes, le gland restant largement découvert, le sillon balano-préputial pour ainsi dire béant et bridé par des téguments du fourreau trop court. Tous ceux qui ont vu ce résultat si fréquent après la circoncision israélite partageront notre opinion (1) et prononceront la proscription de cette résection exagérée du repli cutanéo-muqueux. Cette considération seule nous a même fait abandonner la pratique d'un procédé qui nous est propre et qui offrait au point de vue de la facilité d'asepsie du pansement après l'opération des avantages considérables (voyez plus loin). Inutile et disgracieuse, l'ablation totale doit être rejetée : le désideratum c'est la conservation

(1) Voir *Gazette médicale*, 1891, nos 16 et 17.

(1) C'est aux mêmes conclusions qu'arrive M. Felizet, et nous sommes heureux qu'il combatte comme nous le vieux préjugé de la résection totale. « La circoncision des musulmans et des israélites, dit-il, page 27, sacrifie largement le prépuce dans sa totalité..... l'enveloppe reste strictement suffisante..... et se tend au maximum pendant le coït. »

FEUILLETON

LES HOPITAUX D'ENFANTS EN ITALIE

Rapport adressé à Monsieur le Ministre de l'Intérieur

Par le Dr G. Variot
Médecin des hôpitaux de Paris
chargé d'une mission spéciale en date du 10 Septembre 1890

AVANT-PROPOS

Monsieur le Ministre,

Vous nous avez fait l'honneur de nous confier pour la seconde fois la mission d'aller visiter à l'étranger les hôpitaux d'enfants. L'an dernier nous vous avons rendu compte de nos recherches sur l'hospitalisation infantile à Londres. Cette année nous sommes heureux de vous présenter nos observations et nos réflexions sur les hôpitaux d'enfants, en Italie.

Les questions d'hygiène hospitalière sont d'une complexité telle, qu'on ne saurait accumuler trop d'observations particulières avant de tirer des conclusions générales. La nécessité de comparer entre eux les établissements sanitaires des divers pays est encore plus impérieuse lorsque de cette comparaison doit résulter, comme il arrive dans ce rapport, la proposition de réformes importantes.

Le temps est probablement bien éloigné où nous pourrons poursuivre l'extinction des maladies contagieuses qui sévissent sur l'enfance, par des procédés analogues à la vaccine variolique.

Aucun indice ne fait prévoir que la rougeole, la scarlatine, la diphtérie, la coqueluche, etc.., seront efficacement prévenues par des vaccins spécifiques.

Bien plus, si tant est que nous devons espérer ces découvertes pratiques de la doctrine microbienne, aujourd'hui en faveur, les micro-organismes, germes de ces infections meurtrières, sont encore à peine connus. Nous devons en excepter toutefois le bacille de la diphtérie étudié par Lœffler et plus récemment en France par Roux et Yersin. Les bactériologistes semblent d'accord pour attribuer à ce microbe une valeur pathogénique (1).

(1) Néanmoins, en 1889, avec notre excellent interne, M. Morel, élève

d'une collerette préputiale circum-balanique cachant le sillon et presque la sertissure du gland, seul résultat qui concilie les nécessités de l'opération et de l'anatomie des formes.

Il est facile d'atteindre le but en réséquant la seule portion exubérante du prépuce, peau et muqueuse : si vous avez enlevé trop de peau, laissez plus de muqueuse, mieux vaut cependant conserver moins de muqueuse et tailler la peau plus en avant : le lieu de la section assigné par le stylet qui pénètre sous le prépuce dans le sillon balano-préputial ainsi que nous l'avons vu chercher souvent, n'est pas le lieu... d'élection ; il ne tient pas compte de la rétractilité considérable de la peau. Sauf exubérance extrême du prépuce, il convient de sectionner à égale distance de la base du gland et du méat. Il faut, en tout cas, se souvenir que le seul obstacle à la mise à découvert du gland est le limbe, le limbe muqueux surtout; celui-ci réséqué, rien ne s'oppose pas à la libre traction du prépuce en arrière et rien ne facilite la reproduction de l'organe, il est à noter que la collerette restante diminue plutôt qu'elle n'augmente dans les mois qui suivent l'opération.

B. — Un des points sur lequel nous voulons attirer le plus l'attention consiste dans la direction à donner à l'instrument fixateur et nous y avons insisté ailleurs déjà (voyez *Société anatomique*, 13 février 1891). Sur ce point, l'opinion des chirurgiens est unanime et les classiques l'ont reproduite à l'envi. Après avoir suivi la pratique de tous nos maîtres et particulièrement celle des chirurgiens et médecins de l'hôpital du Midi dont l'autorité est grande en cette matière. après avoir consulté successivement les *Eléments de chirurgie opératoire* de A. Guérin et lu ce qu'il dit des procédés de Vidal et de celui qui porte son nom; le *Traité de pathologie externe* de M. Bouilly qui décrit un procédé type; le *Traité de chirurgie clinique* du professeur Tillaux où il consacre 6 lignes à la direction à donner à la pince clamp; après avoir lu ce que dit M. de Saint-Germain dans son article du *Dictionnaire* et avoir constaté que la direction oblique en bas et en avant se trouve spécifiée dans les procédés de Godard, de Dolbeau et dans celui qu'adopte M. de Saint-Germain lui-même, ayant relu enfin à diverses reprises l'ouvrage trop peu connu de Aïssa Hamdy où nous retrouvons partout cette mention de l'obliquité de la pince dans la diretion de l'inclinaison naturelle du gland (procédé de Ricord, de Vidal, de Dolbeau, de Panas, de Guérin), nous n'avons trouvé qu'une indication unanime (1), qu'Aïssa Hamdy résume ainsi. « La direction à donner à l'instrument n'est pas indifférente; il doit être dirigé de haut en bas et d'arrière en avant par rapport à l'axe du corps. Par rapport à l'axe de la verge il forme avec elle un angle de 45° ouvert en arrière ». On ne peut être plus affirmatif.

Nous ne parlons pas à dessein de certains procédés, ceux de Chassaignac, Bonnafont, Duboué, Borelli, etc., et des procédés similaires où la pose de la pince clamp suivant une autre direction eût été impossible.

Or, tous les chirurgiens qui ont fait de l'opération du phimosis une étude spéciale ou qui l'ont pratiquée un grand nombre de fois reconnaîtront avec nous que si les premiers temps de l'opération se passent généralement bien, il n'en est plus de même de celui où on fait l'hémostase et la réunion, et que si ce temps est ordinairement simple sur la face dorsale de la verge où muqueuse et peau s'affrontent suivant une cicatrice rectiligne, il n'en est plus de même dans la région du frein et ceci pour deux raisons qu'il est facile de démontrer sur le cadavre ou le vivant:

1° Les artérioles voisines du frein (nous savons que rarement les artérioles du frein proprement dites sont lésées), souvent intéressées par la section, donnent une hémorrhagie notable si l'on considère les dimensions de la plaie faite, hémorrhagie que la laxité du tissu inter-cutanéo-muqueux à ce niveau ne peut que rendre fort préjudiciable à la réunion par première intention.

2° La peau rétractée plus ou moins en arrière de la couronne du gland, ayant été coupée obliquement suivant une incision oblique ovalaire du fourreau se rétractant beaucoup à la face dorsale, peu au niveau du raphé inférieur (circonstance beaucoup trop méconnue), présente au niveau de ce raphé, le sommet de l'ellipse qui s'avance en languette saillante et correspond à une encoche en V de la muqueuse préputiale à sinus postérieur lorsque la muqueuse a été pour ainsi dire retroussée

(1) Bien qu'une planche du traité de Malgaigne-Le Fort figure cette disposition perpendiculaire de la pince par rapport à l'axe de la verge, nous n'en trouvons pas mention dans le texte; la pince est d'ailleurs appliquée transversalement et non de haut en bas, la mention qui est faite à plusieurs reprises d'excision des lambeaux triangulaires nous fait croire que dans la pensée de l'auteur, l'excision doit être faite parallèle à la couronne; nous regrettons de n'avoir pu prendre l'avis de notre maître, M. Le Fort, à cet égard.

Notre impuissance à prévenir ces maladies contagieuses qui font tant de victimes dans le jeune âge, est-elle au moins compensée par les ressources dont nous disposons lorsque ces diverses infections ont commencé d'évoluer ?

Les médecins expérimentés savent tous, au contraire, qu'ils sont assez mal armés pour faire face à un péril aussi grave.....

Connait-on un médicament qui atténue l'intensité de la rougeole et surtout qui puisse empêcher l'explosion des complications broncho-pulmonaires? Sommes-nous maîtres d'arrêter à notre gré l'extension des productions pseudo-membraneuses de la diphthérie dans le larynx et les voies aériennes? Ni les vapeurs phéniquées du Dr Renou, ni l'emploi de la mixture phénico-camphrée, si justement préconisée par notre savant ami le Dr Gaucher, ne parviennent à limiter *à coup sûr*, ni à éteindre sur place l'exsudat diphthérique.

Pendant notre passage aux Enfants-Assistés, nous avons expérimenté consciencieusement ces diverses méthodes thérapeutiques et nous avons eu des insuccès trop fréquents.

Modérons-nous à notre gré l'éruption et la température d'une scarlatine? Sommes-nous toujours assurés d'éviter la néphrite avec ses redoutables conséquences? Connaissons-nous, même, les conditions qui favorisent la répercussion rénale?

Nous parvenons tout au plus à diminuer la violence des quintes de la coqueluche et à les espacer, bien loin de pouvoir entraver toujours la broncho-pneumonie qui peut être fatale.

Le médecin clinicien est réduit à assister à l'évolution de ces infections; il les suit pas à pas; il voit, il prévoit même le danger, mais trop souvent il ne peut rien pour le conjurer. Il recourt aux médications hypothermisantes, calmantes, toniques, aux topiques locaux suivant les cas, mais il n'a à sa disposition aucun remède spécifique, tels que la quinine contre l'intoxication palustre ou le mercure et l'iodure de potassium contre la syphilis.

de M. Roux, nous avons rencontré plusieurs angines pseudo-membraneuses chez des enfants assistés, lesquelles ont présenté exactement les mêmes caractères que ceux des angines diphthériques sans qu'à aucun moment on ait pu découvrir le bacille de Lœffler : même évolution, même propagation de l'exsudat dans les voies aériennes, mêmes symptômes généraux, y compris les rash, et même terminaison par la mort. — Ces pseudo-dipthéries, comme on les nommes aujourd'hui, ne peuvent pas être distinguées des diphthéries vulgaires.

en arrière du gland c'est précisément ce qui fait l'échec de la méthode : l'inégale rétractilité des parties fait que l'affrontement exact est difficile ou impossible, surtout si quelque ligature toujours saillante a été placée à ce niveau; la réunion, facile sur toute la longueur de la section, devient ici longue et difficile et c'est en ce point toujours que se produit l'échec : la serre-fine doit être appliquée sur le frein lui-même, elle glisse et se déplace et elle est douloureuse; un fil semblerait préférable, mais ne saurait assurer un affrontement plus exact.

Le fait est si vrai que sur 20 échecs partiels de la réunion que nous avons relevés au hasard, 17 siégeaient à ce niveau et que pendant son passage à l'hôpital du Midi (1886), notre collègue et ami Janet eut l'idée de faire fabriquer une serre-fine spéciale à trois branches, destinée à être placée au niveau du sommet de l'angle de réunion.

En d'autres termes, la direction du clamp en bas et en avant, suivant une oblique ovalaire du fourreau (1) produit le résultat ordinaire de l'oblique ovalaire c'est-à-dire presque un lambeau inférieur et place le chirurgien dans les plus mauvaises conditions au point de vue de l'affrontement exact, c'est-à-dire du succès de la réunion.

Si nous avons été bien compris, s'il est vrai que l'affrontement exact et l'hémostase parfaite sont les deux seules conditions de réunion type (chacun étant maître de son antisepsie), assurer l'hémostase et l'affrontement c'est assurer le résultat et c'est ce que nous avons fait à l'aide de la très légère, mais très essentielle modification suivante aussi simple qu'efficace.

Au lieu d'incliner la pince obliquement de haut en bas et d'arrière en avant comme le recommandent *tous les classiques* et tous les auteurs que nous avons lus, de façon à opérer la section parallèlement à la base du gland, c'est-à-dire à couper plus de téguments dorsaux que de téguments de la face inférieure, il faut au contraire placer la pince clamp ou diriger le trait de section, si l'on veut se servir de cette dernière, *au moins perpendiculairement à l'axe de la verge ou même obliquement* EN BAS ET EN ARRIÈRE *en sens inverse de l'obliquité du gland, en sorte que l'on ménage plus de téguments dorsaux que les téguments de la face inférieure* (1).

Si nous plaçons la pince perpendiculairement, nous cherchons à obtenir une circulaire du fourreau ; mais si nous nous rappelons bien que la peau est bien plus élastique et rétractile au niveau de la partie dorsale que du raphé inférieur, nous devons faire ce que nous faisons lorsque, pour obtenir en définitive une circulaire de cuisse, nous inclinons l'incision en bas et en dedans, c'est-à-dire incliner la pince en bas et en arrière.

Que si l'on craint par ce procédé d'intéresser le frein, nous répondrons que, bien au contraire, celui-ci reste en totalité en arrière de l'incision. En réalité, ce n'est pas l'extrémité inférieure de l'incision que nous conseillons de reculer c'est son extrémité dorsale qui doit être notablement reportée en avant, en sorte de conserver sur la partie dorsale une bien plus grande quantité de téguments cutanés qu'il n'est d'usage de le faire.

Ce faisant, on ne s'expose nullement à la récidive puisque le limbe, seule région dangereuse à ce point de vue, est largement excisé : on gagne au contraire au point de vue esthétique à conserver autour de la couronne une collerette cutanée qui fait l'office du prépuce rudimentaire naturel de bien des sujets.

Dans ces conditions et après rétraction naturelle de la peau et renversement en arrière du feuillet muqueux préalablement incisé et réséqué dans ce qu'il aurait d'exubérant,

(1) A la page 35 de son mémoire, M. Félizet fait remarque que « *quelquefois* la section de la muqueuse est parallèle à l'axe du pénis tandis que la section de la peau est parallèle à la couronne du gland, divergence peu importante, qu'il n'est pas *même nécessaire de corriger* par un coup de ciseau que la suture rectifiera. » Nous partageons presque toujours l'opinion de M. Félizet, mais ici, nous nous permettrons quelques réflexions : nous croyons qu'avec l'obliquité qu'il donne à la pince (oblique ovalaire du fourreau), il doit en être ainsi non pas *quelquefois*, mais presque *toujours*. La languette inférieure du raphé n'a pas besoin d'être rectifiée si on la suture (comme nous l'avons toujours vu faire) chez l'adulte, à la surface triangulaire cruentée de la muqueuse disposée pour la recevoir ; mais il ne peut plus en être de même lorsqu'on a procédé à la réfection préalable du frein sous peine de voir la suture former godet, puisque l'on suture une oblique cutanée à une circulaire muqueuse ; elles ne sauraient avoir la même étendue ; l'auteur n'a pas assez tenu compte de cette particularité dans sa planche 8.

Nous aurions d'ailleurs mauvaise grâce de plus insister, convaincu que cet auteur très compétent en la matière essaiera et approuvera notre modification.

(1) Nous avons le regret de dire que, chez l'adulte principalement, nous différons complètement d'opinion avec M. Félizet sur la direction à donner à la pince fixatrice (page 33) qu'il conseille d'incliner d'autant plus dans le sens de l'obliquité du gland, qu'on a des raisons de croire le frein plus court.

Doit-on pour cela se décourager et ne pas essayer de diminuer la mortalité par ces maladies contagieuses ?

Il est établi que nous n'avons pas encore contre elles de vaccin, que nous n'avons pas non plus de remède digne de ce nom ; mais nous avons des moyens pour en éviter la propagation. Mieux vaut encore prévenir une maladie que la guérir.

L'antisepsie née récemment a fait dans ces derniers temps de grands progrès. Les chirurgiens et les accoucheurs, appliquant les premiers les doctrines de Pasteur et de Lister, sont arrivés à des résultats admirables. Les accidents septicémiques sont presque inconnus aux opérateurs modernes.

Par des soins de propreté extrême, avec des liqueurs antiseptiques variées (Lister a vanté récemment l'eau de la Tamise bouillie), on évite sûrement les suppurations et les septicémies qui venaient autrefois aggraver les plaies.

Les médecins peuvent-ils appliquer les mêmes méthodes que les chirurgiens pour limiter l'extension des maladies contagieuses ?

Nous en doutons, et voici nos raisons :

En chirurgie on n'a à compter qu'avec un petit nombre de germes dont la destruction est relativement facile : ce sont des germes qu'on retrouve dans toutes les suppurations.

En médecine les maladies dans lesquelles l'antisepsie doit être pratiquée sont radicalement différentes : c'est la diphthérie, la scarlatine, la rougeole, la coqueluche, les broncho-pneumonies, etc. ; les mêmes procédés de désinfection conviennent-ils pour les germes morbides de ces maladies ? Nous ne le savons pas puisque ces micro-organismes, à supposer qu'ils existent, nous sont encore inconnus.

On a fait néanmoins dans ce sens des tentatives qui ne pouvaient et ne devaient avoir qu'un succès incomplet.

On a laissé côte à côte des enfants contagieux et non contagieux ; on a entouré de grillages les lits des contagieux. Médecins, élèves, personnel hospitalier ont été astreints aux mesures les plus rigoureuses de désinfection après avoir été en contact avec un malade contagieux.

Le linge, la literie, les objets quelconques ayant servi aux malades contagieux ont été désinfectés à l'eau bouillante et à l'étuve. Mais on conçoit sans peine que, même avec le personnel le plus intelligent et le plus dévoué, cette antisepsie médicale doit

on obtient comme résultat définitif à la face dorsale on au raphé inférieur une circulaire type du fourreau et du feuillet muqueux dont l'affrontement est alors d'une facilité extrême et d'une précision remarquable, circonstances si indispensables à la réunion par première intention, desideratum toujours cherché, et il faut le dire, rarement obtenu si l'on accorde au mot réunion par première intention toute la rigueur qu'il comporte jusque dans ses plus petits détails.

Par cette petite modification nous abrégeons notablement la durée de l'opération dans les deux temps qui correspondent à l'hémostase et à la réunion, et de ce fait l'opération sans anesthésie devient plus facile, à tel point que nous avons pu le plus souvent la pratiquer dans ces conditions chez des malades de la ville. La durée totale de l'opération pose des serrefines comprise, demandant un temps fort court dont nous avons pu fixer le minimum à six minutes : nous ajouterons, il est vrai, qu'il y a tout avantage à accorder le temps nécessaire à la mise en place exacte et régulière des serrefines.

Nous ajouterons encore ce fait que, écartant légèrement du méat la ligne de réunion à la partie inférieure, cette modification ajoute à la facilité de l'appareil de pansement ou plutôt diminue sa difficulté.

En résumé, suppression des ligatures dans la région du frein, facilité extrême de la réunion, rapidité de l'opération, conservation d'une collerette cutanée circumbalanique, tels sont les avantages que cette méthode paraît créer dans une opération minutieuse, où les détails ont quelque importance, avantages dont les trois premiers surtout doivent légitimer cette légère modification à la pratique courante.

Que cette pratique ait pu être suivie accidentellement par quelques chirurgiens, nous n'en disconvenons nullement. Cependant nous croyons que si cela a été fait, c'est plutôt par dérogation aux règles précises que ne manquent pas de poser les classiques que dans le but déterminé et raisonné que nous avons indiqué.

(A suivre.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

COMMENTAIRE DE LA NOUVELLE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Projet discuté et adopté par la Chambre des députés, dans ses séances des 17 et 19 mars 1891. (*Journal Officiel* des 18 et 20 mars 1891).

par le Dr F. DE RANSE
et A. LÉCHOPIÉ, avocat à la Cour de Paris.

(*Suite*) (1).

MÉDECINS ÉTRANGERS

ARTICLE 10

A partir de la promulgation de la loi, les médecins, les dentistes et sages-femmes venant de l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne pourront exercer leur profession en France qu'à la condition d'avoir obtenu le diplôme de docteur en médecine, ou de sage-femme, ou le brevet de dentiste, dans les conditions prévues aux articles 1, 5, 8.

Des dispenses pourront être accordées par le ministre, conformément à un règlement délibéré en Conseil supérieur de l'Instruction publique. En aucun cas, elles ne porteront sur plus de trois épreuves.

Suppression de l'autorisation gouvernementale. — C'est une des dispositions importantes de la nouvelle loi. Elle a eu principalement pour but de remédier aux abus nés de l'article 4 de la loi de ventôse ainsi conçu : « *Le gouvernement pourra, s'il le juge convenable, accorder à un médecin ou à un chirurgien étranger et gradué dans des universités étrangères, le droit d'exercer la médecine ou la chirurgie sur le territoire de la République*, » Ce pouvoir arbitrairement laissé au gouvernement d'accorder l'exercice en France à tout médecin gradué à l'étranger, sans aucune intervention obligatoire des autorités réellement compétentes, c'est-à-dire des Facultés ou Ecoles françaises par exemple, était depuis longtemps très vivement et à juste titre critiqué. Cette disposition de la loi pouvait avoir sa raison d'être en l'an XI, à une époque où les études médicales n'étaient plus suivies et où il y avait lieu de suppléer à la pénurie des médecins, en s'efforçant d'attirer les étrangers qui n'auraient pas voulu se soumettre à l'examen de nos Ecoles de médecine d'alors nouvellement créées ; mais aujourd'hui la situation a complètement changé.

(1) Voir les numéros 14, 15, 16 et 17.

avoir ses lacunes. Il suffira d'un oubli ou d'une négligence pour perdre le bénéfice de ces sages mesures. D'ailleurs pour faire une expérience concluante, il faudrait conserver dans la même salle des enfants respectivement atteints de diphthérie, de rougeole, de scarlatine, de coqueluche et même de variole.

Quel médecin oserait prendre une semblable responsabilité ?

L'antisepsie médicale ne nous permet donc pas encore de garder dans des salles communes les maladies contagieuses et non contagieuses ; la meilleure manière de pratiquer l'antisepsie est encore de suivre les conseils donnés par nos devanciers, de recourir à *l'isolement*.

C'est ce que les Anglais ont bien compris en créant leurs *Infectious-Hospitals* où, enfants et adultes atteints de maladies contagieuses sont hospitalisés. Des pavillons bien espacés, avec un personnel de serviteurs indépendants, renferment des malades atteints d'affections identiques.

Des médecins résidants peu nombreux pénètrent dans ces salles.

Comme il est admis à peu près sans conteste que les germes morbides ne rayonnent pas à distance, en confinant les enfants dans des pavillons séparés, ou soustraira, plus sûrement que par tout autre moyen, à la contagion, les autres enfants contenus dans la même enceinte hospitalière.

Si l'on veut nous permettre une comparaison, nous dirons qu'un malade contagieux représente un petit foyer dont la moindre étincelle peut jaillir à chaque instant, pour enflammer le voisinage. Mieux vaut placer ces foyers dans un espace restreint, les laisser se consumer sur place, puisqu'on ne risque pas de voir l'incendie se propager au loin.

C'est pourquoi nous réclamons, comme nous l'avons fait déjà l'année dernière, la transformation de nos grands hôpitaux d'enfants en *Infectious-Hospitals* pour enfants. Il y a lieu de décentraliser l'hôpital Trousseau et l'hôpital des Enfants-Malades où sont accumulés pêle-mêle les enfants contagieux. La création des *Hôpitaux-Dispensaires* pour enfants non contagieux est urgente, parce qu'elle permettra de réserver nos deux hôpitaux actuels pour les maladies contagieuses.

En ce moment, nous trouvons à l'hôpital des Enfants-Malades :

I. — Deux pavillons de diphthérie.
II. — Un pavillon pour la scarlatine.

Sur cette question, on lit dans le rapport de M. Chevandier : « Cette faculté, disions-nous déjà dans notre exposé des motifs du 26 novembre 1885, était laissée au gouvernement dans la pensée qu'il en userait en faveur d'hommes ayant rendu des services à la science. Elle ne profita le plus souvent qu'à des médecins d'ordre inférieur. Dès 1827 le Conseil royal de l'instruction publique avait songé au moyen de prévenir de tels abus. Par un règlement du 8 septembre de la même année *il arrêtait qu'à l'avenir les docteurs étrangers qui voudraient s'établir en France seraient tenus de subir les mêmes examens que les élèves des Facultés françaises.*

« Déjà la Chambre a été saisie en 1878 d'une proposition sur la matière de M. Roger Marvaise. « Presque partout, faisait « observer M. Spuller, dans son rapport sommaire sur cette « proposition, on exige des médecins étrangers qui se présentent « pour exercer leur art, non pas des certificats de scolarité, « mais un ou plusieurs examens probatoires devant les Facultés « nationales ou devant des jurys spéciaux institués par la « loi. »

« La question n'est pas entière. Votre Commission a pu s'en convaincre en lisant les documents mis sous ses yeux par M. le Ministre des Affaires étrangères et dont voici le résumé :

« *En Russie*, les médecins étrangers, pour avoir le droit d'exercer leur profession, doivent passer tous les examens exigés des candidats russes, sans équivalence de grades.

« Le Ministre de l'Intérieur peut donner à un médecin étranger l'autorisation d'exercer en Russie pendant six mois. Elle est renouvelable.

« *En Angleterre*, l'exercice de la médecine étant libre, tous les médecins étrangers peuvent y exercer leur profession. Toutefois, pour jouir des avantages de la loi de 1858 sur l'exercice de la médecine, c'est-à-dire pour que le médecin étranger puisse faire inscrire son nom sur le *Register medical*, ouvert seulement aux médecins anglais gradués des collèges de chirurgie, d'une des universités ou sociétés médicales du Royaume-Uni, il suffit qu'il fasse approuver ses diplômes par le Conseil médical général.

« *En Autriche*, les conditions sont les mêmes qu'en Russie.

« *En Hongrie*, au contraire, on demande au médecin étranger de prouver l'équivalence de ses diplômes avec les diplômes nationaux. Il en résulte que les médecins français sont autorisés sans épreuves ni difficultés à y exercer leur profession.

« *En Allemagne*, les médecins étrangers, en tant que leur profession ne s'exerce pas en voyageant, peuvent se faire inscrire comme médecins pratiquant s'ils sont munis, après l'examen médical, du diplôme d'Etat.

« *En Espagne*, le Conseil universitaire décide de la valeur du diplôme dont se réclame le médecin étranger et juge s'il doit ou non l'autoriser à exercer. Il est astreint à payer une somme de 2.224 francs pour jouir de toutes les prérogatives attachées au titre national, être admis comme médecin expert, médecin du Conseil sanitaire; le médecin gradué des universités étrangères est tenu, pour obtenir le diplôme espagnol, de se soumettre aux mêmes examens que les nationaux.

« *En Italie*, il suffit que l'équivalence des diplômes soit reconnue.

« *En Suisse*, l'article 69 du règlement du 2 juillet 1880, qui établit le droit du médecin étranger, spécifie que les médecins étrangers, munis d'un diplôme d'Etat, ne peuvent obtenir le diplôme fédéral qu'après avoir subi l'examen professionnel en entier, à moins qu'un traité international de réciprocité ne valide le diplôme étranger.

« *En Hollande*, les médecins étrangers sont obligés, pour avoir le droit à l'exercice, de faire enregistrer leur diplôme à l'une des universités néerlandaises et de subir l'examen d'Etat devant un jury professionnel.

« *Aux États-Unis*. Bien que dans ce pays les écoles de New-York, de Boston, de Cambridge aient une réputation méritée, l'Etat se désintéressant absolument de l'enseignement et de l'exercice de la médecine, on peut affirmer avec M. le professeur Léon Le Fort que, « au point de vue de l'équivalence avec les nôtres, les diplômes délivrés n'ont aucune valeur ».

« Il est inutile de pousser plus loin cette recherche. En réalité, chacun fait chez soi comme il l'entend, sans s'occuper de la réciprocité. Très séduisante en principe, proposée par nous, elle n'a pas été retenue à cause des difficultés de son application. L'établissement des équivalences de titres n'eût pas été sans créer de graves embarras.

« Après d'assez longs débats, la Commission a accepté l'article 2 du projet du gouvernement et en fait l'article 9 de son projet. Elle propose cependant que les dispenses ne puissent porter sur plus de trois épreuves et modifie dans ce sens la dernière phrase de l'article.

« C'est dans la crainte d'ouvrir la porte aux abus qu'elle n'a admis ni les deux premiers paragraphes de l'article 3 de la

---

III. — Des salles aménagées dans les bâtiments communs pour la rougeole.

IV. — Des salles de médecine pour les maladies aiguës.

V. — Des salles pour les maladies chroniques.

VI. — Un service de chirurgie.

VII. — Une crèche pour les enfants au biberon.

VIII. — Une section pour les teigneux.

La coqueluche n'est pas isolée. N'est-il pas évident qu'il faut disséminer cette population hospitalière par trop nombreuse ? Il est périlleux de laisser une pareille masse d'enfants (plus de 400) dans le voisinage immédiat des pavillons infectieux.

En août 1890, pendant le court remplacement que nous avons fait dans le service du Dr Descroizille, nous avons été témoin de la mort de deux jeunes garçons auxquels le séjour de l'hôpital a coûté la vie.

Les teigneux ont l'habitude de jouer dans un endroit attenant aux pavillons de la diphthérie. Des débris de gâteaux ou d'aliments provenant de ces salles infectieuses avaient été jetés négligemment dans cette cour, et deux jeunes teigneux ont été contaminés en portant à la bouche ces restes souillés. C'est du moins l'explication qui nous a été donnée par la surveillante. Quoi qu'il en soit, et mal gré tous nos soins, les enfants succombèrent à des diphthéries toxiques.

Les faits de ce genre ne sont malheureusement pas isolés : nous avons relevé la statistique de la contagion intérieure à l'hôpital Trousseau pour 1888, ainsi que pour le premier semestre de 1889, et les victimes sont nombreuses.

Il n'est que temps de modifier et d'améliorer cette situation hospitalière déplorable et qui ne semble pas digne de la ville de Paris.

Nous croyons devoir rappeler encore une fois les principaux avantages qui résulteront de la création des Hôpitaux-Dispensaires, à Paris, sur le modèle de ceux qui fonctionnent à Londres depuis plus de trente ans.

I. — Ces dispensaires, avec leur petit service annexe d'hospitalisation pour les enfants atteints d'affections chirurgicales et médicales non contagieuses, sont supérieurs à notre type de dispensaire français. Dans ce dernier, en effet, le petit malade qui n'est plus transportable ne peut pas être soigné.

II. — Les enfants *non contagieux* hospitalisés dans ces établissement soulageraient nos deux grands hôpitaux où l'on centralise

proposition de M. David, ni les trois premiers paragraphes de l'article 10 de celle de M. Chevandier, accordant l'une et l'autre l'autorisation d'exercice de la médecine aux médecins étrangers accompagnant leurs clients dans les stations thermales ou hivernales, bien qu'elle ne fût que temporaire et limitée à leurs nationaux. Il serait bien difficile, paraît-il, de contrôler leur action médicale et de la limiter rigoureusement. Peut-être même arriverait-il, ainsi que le prévoit le rapporteur de la Commission du Comité consultatif d'hygiène, page 7, « que des médecins étrangers payassent un client, qu'ils « seraient réputés accompagner, pour avoir le droit d'exercer « dans les conditions spécifiées. »

Le rapport du Comité consultatif proposait de n'imposer, légalement, aucune condition spéciale aux médecins étrangers appelés en consultation ou à fournir le secours de leur art dans un cas déterminé. Cette proposition n'a pas été reproduite. Il n'y a donc aucune exception. En conséquence le gouvernement ne pourra plus jamais accorder l'autorisation dans quelque circonstance que ce soit. On a sans doute redouté des abus nouveaux.

Médecins de frontières. — Mais que décider des médecins de frontières? Quel sera désormais le sort des diverses conventions internationales qui règlent l'admission réciproque à l'exercice de leur art des médecins et sages-femmes dans les communes limitrophes de la France? Le rapport du Comité consultatif qui, l'on vient de le voir, était moins rigoureux que la loi actuelle, pour les médecins étrangers, déclarait que les conventions devaient conserver toute leur valeur, tandis que le rapport de la Commission et son projet gardent le silence.

Certes, il peut y avoir un intérêt pratique et des raisons internationales à maintenir ces conventions. Toutefois, ni le projet du Comité d'hygiène lui-même, ni celui de la Commission n'ayant reproduit, même la disposition relative aux médecins étrangers accompagnant leurs clients dans les stations thermales ou hivernales, on en pourrait conclure que les susdites conventions, si elles ne peuvent guère cesser de produire leurs effets, ne sauraient être ultérieurement renouvelées ou consenties, par suite de la suppression de l'article 4 de la loi de ventôse. Il serait bon que le Sénat tranchât la question qui a bien son importance et sa gravité.

Actuellement, il paraît exister des conventions avec tous les pays limitrophes, sauf l'Allemagne.

Révocation des autorisations gouvernementales antérieures. — Si les nécessités de nos rapports internationaux d'une part, le principe de la non-rétroactivité des lois à l'égard des droits régulièrement acquis ou concédés d'autre part, ne permettent pas de porter atteinte à ces instruments diplomatiques, le même principe de non-rétroactivité ne saurait être invoqué lorsqu'il s'agit, non plus d'une convention, d'un contrat librement débattu entre deux nations voisines, mais des autorisations qui ont pu être accordées jusqu'à ce jour, à des médecins étrangers, par le gouvernement, en vertu du pouvoir souverain que lui conférait l'article 4 de la loi de ventôse. C'étaient en effet là des actes de bon plaisir ne constituant aucun droit acquis, d'autant que l'autorisation demeurait essentiellement révocable, malgré même le paiement de tous les droits universitaires qui étaient toujours exigibles en pareil cas (Cour d'Angers, ch. correctionnelle, 23 novembre 1868, Dalloz, 69-2-62; Briand et Chaudé, t. II, p. 512; Weill, p. 17; Léchopié et Floquet, *Code des médecins*, 1re édition, p. 73. De tout ceci, il faut induire, ce nous semble, que l'article 10 annule, du coup, toutes les autorisations gouvernementales précédemment accordées. Nous ne pensons pas que ces termes « A PARTIR DE LA PROMULGATION DE LA LOI, LES MÉDECINS, LES DENTISTES ET SAGES-FEMMES VENANT DE L'ÉTRANGER », y puissent faire obstacle, car il est clair qu'ils ne signifient pas que l'on a entendu soumettre à l'obligation de conquérir le titre français, seulement ceux qui viendraient de l'étranger postérieurement à la promulgation de la loi. Si le texte de la Commission, auquel a été substitué celui actuel, portait bien, il est vrai, non pas « les médecins venant de l'étranger », mais « les médecins reçus à l'étranger », cela devait tenir à ce que ces expressions ne concernaient que les médecins qui sont toujours gradués, tandis que le texte actuel vise, tout à la fois, non seulement les médecins et les sages-femmes, mais aussi les dentistes qui n'ont généralement conquis aucun grade dans leur pays d'origine et qu'il était impossible de qualifier de l'adjectif « reçus ». — Quant aux dentistes étrangers exerçant en France, avant la promulgation de la loi, ils conserveront le droit d'exercer, comme transitoirement maintenus par l'article 6, qui ne comporte aucune distinction de nationalité, l'amendement de M. Déroulède, qui avait pour but de les exclure, n'ayant pas été pris en considération, comme on l'a vu.

L'article 10 reconnaît donc aux étrangers le droit d'exercer la médecine et les professions de dentiste et de sage-femme, en France, à condition d'y conquérir leurs diplômes et brevets.

---

indistinctement toutes les maladies. Les petits malades seraient par ce moyen soustraits, autant que faire se peut, aux germes de contagion.

III. — Les consultations externes de l'hôpital Trousseau et de l'hôpital des Enfants-Malades sont insuffisantes pour une population de plus de 2,000,000 d'habitants. Les distances pour transporter les enfants de certains quartiers excentriques sont trop grandes et les parents doivent renoncer à consulter les spécialistes éminents.

Les conseils hygiéniques et médicaux seraient distribués plus libéralement par les Hôpitaux-Dispensaires disséminés dans les quartiers populeux de la capitale.

IV. — L'organisation convenable du Dispensaire avec des médecins spéciaux et une pharmacie qui délivrerait les remèdes, permettrait de réduire *au minimum* l'hospitalisation. La plupart des enfants, après avoir obtenu les conseils médicaux, seraient reconduits chez eux pour recevoir les soins de la famille que rien ne saurait remplacer à cet âge.

V. — Le fonctionnement du Dispensaire n'exige qu'un budget restreint et de sérieuses économies seraient réalisées pour l'hospitalisation, car les enfants ne seraient admis dans les salles que dans les cas les plus urgents et les plus graves.

VI. — Il est vraisemblable que la charité privée s'intéresserait beaucoup plus aux Hôpitaux-Dispensaires, qu'à nos grands hôpitaux d'enfants.

On est surpris de voir qu'à Paris, où les personnes charitables abondent, l'enfance qui excite si vivement la pitié ne soit pas privilégiée par les donations. Nous trouvons la cause de ce délaissement dans l'énorme accumulation d'enfants à l'hôpital des Enfants-Malades et à l'hôpital Trousseau, et surtout dans la promiscuité des contagieux et des non-contagieux. Les dames patronnesses hésitent à s'aventurer dans un milieu aussi dangereux; elles craindraient, justement, de rapporter avec elles des germes morbides qui se développeraient dans leur famille.

Les Hôpitaux-Dispensaires qui ne recevront pas de contagieux seront certainement visités; ils auront un caractère local qui attachera d'autant plus les personnes du voisinage.

Nous n'irons pas jusqu'à dire que ces maisons subviendront immédiatement à leurs besoins par des contributions volontaires, comme à Londres, mais nous présumons qu'elles n'inspireront pas

Le droit d'exercer la médecine en France, à ces conditions, n'avait d'ailleurs jamais été contesté, même sous l'ancienne législation, aucune loi n'astreignant directement ou indirectement à la qualité de Français. Ajoutons qu'un amendement de M. Paulin-Méry ainsi conçu : « Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est né Français », n'a subi aucune délibération, faute d'avoir été appuyé.

Enseignement. — Le dernier paragraphe de l'article 1er permet d'accorder des dispenses d'épreuves qui ne pourront porter sur plus de trois. C'est un nouvel exemple des bizarreries qu'entraîne inévitablement le mode de discussion des lois. En effet, cette formule était raisonnable dans le projet de la Commission qui ne visait que les médecins reçus à l'étranger et rangeait sous un paragraphe distinct les dentistes et sages-femmes pour lesquels naturellement il n'était pas question de dispenses d'épreuves et surtout de trois épreuves, puisque les sages-femmes ne subissent qu'un ou deux examens, selon qu'elles sont de 2e ou de 1re classe, tandis qu'on ignore encore si les dentistes en auront plus d'un à passer. Avec des examens aussi simples et peu nombreux que ceux exigés des sages-femmes et que ceux que l'on exigera probablement des dentistes, cette interdiction de les dispenser de plus de trois épreuves serait singulièrement superflue. Pourquoi donc se trouve-t-elle dans le dernier paragraphe de l'article 10 ? Parce qu'au paragraphe 1er de la Commission ne visant que les médecins, tout le monde (Commission, Gouvernement et Chambre) a été d'accord, pour substituer l'amendement de M. David, réunissant les médecins, dentistes et sages-femmes, et qu'on a cru devoir conserver le 2e paragraphe qui était celui de la Commission et qui ne s'appliquait, par conséquent, qu'aux seuls médecins. C'est l'inconvénient de ces sortes de mosaïques avec lesquelles on fabrique nos lois.

Si la loi nouvelle impose l'obtention du diplôme en France, aux médecins étrangers qui veulent exercer dans notre pays, elle ne s'explique pas sur la question des études antérieures qu'ils devront avoir faites.

Nous croyons qu'il en faut conclure qu'ils seront tenus, soit de justifier des baccalauréats français exigés de nos nationaux, soit tout au moins de faire prononcer, par les Facultés françaises compétentes, l'équivalence des grades par eux obtenus à l'étranger, conformément, notamment, à une circulaire ministérielle du 1er décembre 1885. A ce propos il importe de rappeler qu'aux termes des articles 5 et 6 du décret du 22 août 1854, sur le régime des établissements d'enseignement supérieur, les gradués des universités étrangères ne peuvent jouir du bénéfice de la décision qui déclare leurs grades équivalents, sans avoir acquitté intégralement les frais d'inscription, d'examen et de diplôme qu'auraient payés les nationaux euxmêmes, sauf les remises ou modérations de droit que peut accorder le ministre.

Toutefois, ne pourrait-on induire de l'article 12 ci-après qui exige des étudiants étrangers la justification d'études préalables, que les médecins reçus à l'étranger en sont, par à *contrario*, dispensés. Nous n'oserions l'affirmer.

Enfin, quant aux mots « quelle que soit leur nationalité » du 1er paragraphe de l'article 10, ils paraissent être absolument inutiles.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE DES TUMEURS MALIGNES

I. — SUR LE POISON DES CELLULES DES TUMEURS MALIGNES, par le prof. A. ADAMKIEWICZ, de Cracovie. (*Sitzungsberichte der Kraiserlischen Akademie der Wissenschaften in Wien*, Jahrgang 1891, n° 5, p. 34.)

II. — LES PRINCIPES D'UN TRAITEMENT RATIONNEL DES TUMEURS MALIGNES, par LE MÊME. (*Ibidem*, p. 51.)

I. — On a prétendu dans ces derniers temps, sans fournir la preuve de cette assertion, que le carcinome était une lésion d'origine parasitaire, microbienne. M. Adamkiewicz ne va pas jusque-là, il se borne à soutenir que le carcinome est l'équivalent d'un foyer infectieux, au sein duquel s'élabore un virus qui, déversé dans les humeurs, engendre une sorte d'intoxication générale de l'organisme du cancéreux et provoque en outre l'éclosion de foyers métastatiques. Voici la traduction textuelle de la note adressée à l'Académie des sciences de Vienne, et dans laquelle M. Adamkiewicz expose ses vues sur

---

aux dames charitables la même répugnance que les foyers infectieux, qu'elles seront visitées, qu'on s'y intéressera, et que les dons afflueront.

Pour modifier dans ce sens notre hospitalisation infantile, les dépenses seront minimes. En les évaluant à trois millions, nous dépassons probablement le chiffre nécessaire.

On sera obligé de construire entièrement quelques établissements, mais l'Assistance publique possède des immeubles presque inoccupés qui seront facilement adaptés à cet usage nouveau. Nous nous occupons en ce moment d'une transformation de ce genre.

Nous avons déjà fait remarquer qu'on avait dépensé des millions pour les idiots de Bicêtre et qu'il ne serait pas juste, de ne pas penser aussi aux enfants qui, rendus à la santé, seront des membres actifs de la société.

M. Monod, directeur de l'Assistance publique au Ministère de l'intérieur, dans un travail de statistique fort intéressant, a montré que. si les Anglais étaient parvenus, plus qu'aucun autre peuple d'Europe, à abaisser le chiffre de leur mortalité, c'est qu'ils avaient fait aussi les plus grands sacrifices pour leurs établissements sanitaires.

La vie humaine représente une valeur qu'il faut conserver. Sans doute, la dépopulation de la France reconnaît des facteurs beaucoup plus importants que les défauts de notre hospitalisation. Tels de ces facteurs sont irrémédiables puisqu'ils sont une conséquence de notre état social.

Mais il n'en est pas moins vrai que M. Lagneau nous signale la mortalité excessive dans nos hôpitaux d'enfants comme un élément de dépopulation. Il nous est possible de le supprimer quand nous voudrons.

Nous avons trouvé aussi en Italie des Hôpitaux-Dispensaires : à Gênes, celui de la duchesse de Galliera, à Naples, celui de la duchesse de Raveschieri.

Bien que ce pays n'ait pas de cité comparable à Paris, l'hospitalisation infantile n'est pas négligée, tant s'en faut.

En outre, la visite des hôpitaux italiens, évoque des souvenirs historiques du plus haut intérêt (1).

(1) L'innovation hospitalière que nous avons proposée, à l'exemple des Anglais, a été favorablement accueillie par le Conseil Municipal de Paris. M. Paul Strauss dans le rapport du budget de l'Assistance publique pour 1891 réitère, au nom du Conseil, le vœu déjà formulé en 1890 de la création de trois hôpitaux-dispensaires pour enfants dans les quartiers populeux de Paris.

(*A suivre.*)

cette question de pathologie générale et les preuves qu'il croit pouvoir invoquer à l'appui :

1° Le virus cancéreux spécifique qui se forme dans la substance des carcinomes (virus découvert par M. Adamkiewicz, qui en a fait connaître exactement les propriétés physiologiques) produit des effets beaucoup plus intenses dans le milieu sanguin que dans les vaisseaux lymphatiques. Une dose qui, introduite dans le sang, occasionne immédiatement la mort de l'animal en expérience, ne produit ce résultat qu'au bout de quelques jours, quand le produit est introduit dans les vaisseaux lymphatiques.

Dans les deux cas, des paralysies précèdent le dénouement fatal, tandis que les phénomènes d'excitation font défaut on sont à peine marqués, du moins quand le poison est introduit par les voies lymphatiques.

Les paralysies développées dans ces conditions sont atypiques; elles portent avant tout sur les nerfs des membres et sur les nerfs vagues. Le nystagmus figure parmi les phénomènes d'excitation qui peuvent survenir dans ces conditions.

2° Quand on transplante sur un animal vivant des fragments cancéreux fermes, enlevés chez un malade et tirés de la profondeur du néoplasme, on est souvent à même de constater qu'au bout d'un court espace de temps des cellules cancéreuses en plus ou moins grand nombre (assez souvent des cellules de nids entiers) ont disparu des fragments cancéreux transplantés.

C'est sur les cancers à structure alvéolaire que la chose peut s'observer le plus facilement.

Mais en même temps apparaissent dans l'organisme inoculé, et cela dans les régions les plus diverses, aussi bien au voisinage immédiat du lieu d'implantation qu'à une distance considérable de celui-ci, des foyers destructifs à caractères tout à fait particuliers.

On peut reconnaître ces foyers déjà à l'examen macroscopique. A l'examen microscopique, ils se présentent sous l'aspect de foyers d'infiltration, avec désorganisation centrale très prononcée et tendance très rapide à l'extension périphérique.

Ces foyers se rencontrent principalement dans les interstices naturels plus ou moins vastes des tissus. Mais ils envahissent également la substance des tissus compacts; ils fournissent, entre autres, une explication intéressante de la dégénérescence que subissent chez l'homme vivant les tissus envahis par une infiltration cancéreuse.

Quand on fait des transplantations analogues, avec des fragments de tissus épithéliaux sains, en s'entourant des mêmes précautions que celles nécessitées par les transplantations de fragments cancéreux, on constate que les éléments épithéliaux (sains) ne quittent pas l'emplacement qu'ils occupaient avant l'expérience dans le fragment implanté. De plus, on ne découvre pas de foyers métastatiques dans l'organisme inoculé.

En outre, d'après M. Adamkiewicz, les cellules cancéreuses diffèrent essentiellement quant à la multiplicité de leurs formes, quant à leur mode de multiplication, de développement, d'agencement, et quant à leur destinée finale (et sur ces points l'auteur se propose de fournir prochainement de plus amples éclaircissements), des cellules épithéliales, auxquelles on les rattache communément.

De tout cela, M. Adamkiewicz se croit autorisé à conclure que les cellules cancéreuses n'ont rien à voir avec les épithéliums, n'ont pas avec ces derniers les rapports génétiques que leur attribuait la doctrine de Cohnheim ; que d'une façon générale ces cellules cancéreuses n'ont pas de rapports avec les éléments anatomiques normaux, que ce sont des éléments d'une nature particulière, doués de propriétés spéciales, et auxquels revient une signification pathologique tout à fait spécifique.

II. — Dans un autre mémoire, M. Adamkiewicz s'attache à établir que la notion de la virulence des tumeurs malignes fournit une base rationnelle à la thérapeutique des cancers. A l'instar des néoplasies infectieuses, le carcinome se propage dans l'organisme du cancéreux et donne naissance à des métastases qui finissent par anéantir cet organisme. Cela étant, un traitement rationnel, curatif, du cancer ne devra pas être simplement local, ne devra pas être exclusivement dirigé contre le foyer cancéreux; il devra aussi et surtout viser l'infection générale, qui se traduit au dehors par l'apparition de foyers métastatiques.

Pour répondre à cette seconde indication, la plus importante, et qu'on a généralement négligée jusqu'ici, on ne pourra recourir qu'aux remèdes susceptibles de détruire les germes cancéreux en suspension dans les liquides de l'organisme, susceptibles aussi de faire disparaître les foyers métastatiques déjà existants. Extérieurement l'efficacité de pareils remèdes devra se traduire par la disparition de la cachexie cancéreuse, par le relèvement du poids corporel. M. Adamkiewicz annonce qu'il est en possession d'un remède qui nous met à même d'atteindre ce but. Il se réserve de divulger ce remède le jour où il aura mené à bonne fin les recherches destinées à bien fixer les limites de la valeur thérapeutique de la nouvelle médication, et à rendre celle-ci complètement inoffensive, d'une application facile. Mais dès maintenant il croit pouvoir affirmer qu'il a réussi à faire disparaître des métastases cancéreuses, et à faire naître au sein même des foyers cancéreux primitifs une réaction qui manifestait une tendance bien manifeste vers la guérison. Sous l'influence du nouveau traitement les foyers métastatiques subissent une simple fonte progressive ; ils se ramollissent et diminuent de volume. Au contraire, les foyers primitifs deviennent siège d'élancements et de tiraillements douloureux ; ils gonflent, rougissent, se nécrosent par places. Les petits foyers de nécrose s'éliminent sous forme de masses d'un blanc grisâtre, fétides. En même temps la tumeur s'affaisse et finalement disparaît. Ce processus de réaction (curative) marche avec une grande lenteur, tandis que la fonte des foyers métastatiques s'effectue très rapidement. De plus, pour obtenir la disparition progressive d'un foyer primitif, il faut de temps à autre réveiller ces réactions locales. La chose est sans danger, au dire de M. Adamkiewicz, car les réactions ne touchent pas les organes sains du cancéreux, ne troublent pas non plus l'état général ; elles sont apyrétiques. Bien plus, sous l'influence du traitement le poids corporel du malade s'élève.

Pour tout dire, les preuves d'ordre clinique, citées par M. Adamkiewicz à l'appui de ses assertions, sont un peu maigres. En premier lieu, l'auteur consacre quelques lignes à deux malades âgés l'un de 50 ans l'autre de 58 ans, tous deux affectés d'un petit carcinome à la moitié droite de la lèvre inférieure. Le premier de ces deux malades a été soumis au traitement de M. Adamkiewicz, l'autre a servi de sujet de contrôle. « Chez le premier, le cancer a réagi et les ganglions lymphatiques ont diminué de volume, chez le second tout est resté à l'ancien état de choses. »

Chez un autre malade, âgé de 64 ans, affecté également d'un carcinome de la lèvre inférieure, avec engorgement d'un certain nombre de ganglions sous-maxillaires, le traitement de M. Adamkiewicz a produit une diminution de volume des ganglions engorgés et de la masse cancéreuse. Celle-ci a été

ensuite enlevée avec l'instrument tranchant. L'examen microscopique du cancer et des ganglions extirpés a fourni la preuve d'une raréfaction du tissu infiltré.

Enfin chez un troisième et dernier malade, âgé de 68 ans, le traitement a été dirigé également contre un carcinome de la lèvre inférieure, d'une consistance cartilagineuse, qui mesurait 1 centimètre d'épaisseur sur 4 centimètres de longueur. Le malade ne mouvait plus que difficilement sa lèvre inférieure. Il avait de la peine à se faire comprendre en parlant. Il ne pouvait plus fumer, ni siffler. Il portait au cou treize ganglions engorgés, dont quelques-uns atteignaient jusqu'au volume d'une prune. Le malade fut soumis au traitement de M. Adamkiewicz le 3 janvier 1891. Le 4 mars, aucun des ganglions engorgés ne se présentait plus avec son aspect primitif. La plupart avaient complètement disparu.

Le cancer de la lèvre avait une consistance molle; sa forme, son aspect extérieur s'étaient modifiés; les modifications subies et surtout la nature des produits qui s'étaient éliminés de sa masse étaient propres à faire supposer « que la guérison n'était vraisemblablement plus qu'une question de temps ». En l'espace de moins d'un mois, du 3 janvier au 10 février, le poids du malade avait augmenté de 4 k., 2. Le malade s'exprimait tout à fait bien. Il pouvait de nouveau siffler et fumer.

Et, c'est tout. M. Adamkiewicz s'en remet à des recherches ultérieures pour s'éclairer et nous éclairer sur l'exacte valeur curative des réactions que son remède développe dans les tissus cancéreux.

En d'autres termes, la preuve exacte de la curabilité du cancer par le remède secret de M. Adamkiewicz est encore à faire.

E. Ricklin.

BULLETIN

INTOXICATION PAR LES ESSENCES AROMATIQUES. — LA QUESTION DE LA DÉPOPULATION DE LA FRANCE.

Nous avons rendu compte, en leur temps, des recherches de MM. Cadéac et A. Meunier concernant l'origine des propriétés toxiques de la liqueur d'absinthe et de quelques autres compositions plus ou moins similaires. Nous avons dit que, d'après le résultat de ces expériences, il faut incriminer les essences associées à l'absinthe autant que cette dernière elle-même et que peut-être celle-ci ne vient qu'en seconde ligne, au point de vue de la responsabilité des funestes effets si souvent constatés. Poursuivant leur but avec une persévérance digne d'éloges, ces deux expérimentateurs ont étudié récemment l'action de la liqueur dite *vulnéraire*, un autre poison que sa popularité contribue à rendre aussi dangereux que l'absinthe. Ces nouvelles recherches établissent clairement que l'effet toxique du vulnéraire est imputable en grande partie à l'essence d'hysope qui entre pour une part importante et constante dans sa composition. Les expériences faites sur des chiens ne peuvent laisser aucun doute sur ce point.

L'essence d'hysope possède donc les mêmes propriétés convulsivantes et épileptogènes que l'essence d'absinthe, mais à un degré encore bien plus élevé. A cet égard, elle se comporte comme l'essence de sauge à laquelle elle est associée. Toutes deux produisent chez le cobaye et le chien des crises épileptiformes parfaitement caractérisées et dont la répétition, en quelque sorte facultative, peut même aboutir à la mort. Nous voilà donc édifiés désormais sur les dangers d'une liqueur dont le nom, par une singulière contradiction, est synonyme d'action thérapeutique ou tout au moins d'innocuité. Il faut savoir gré à MM. Cadéac et Meunier de nous avoir éclairé sur ces faits, qui ne sont du reste qu'un cas particulier dans l'histoire physiologique de la plupart des essences aromatiques réputées à tort comme inoffensives. Car ce n'est pas seulement à nous, médecins, que leurs recherches s'adressent. Elles intéressent aussi le législateur, qui peut y trouver matière à des dispositions fiscales nouvelles, comme celles qui auraient pour effet l'aggravation des taxes appliquées aux boissons spiritueuses et dont l'augmentation incessante est justifiée aussi bien par l'inutilité de ces boissons que par leur influence profondément nuisible vis-à-vis de la santé publique.

— Nous devons revenir encore une fois sur ce grave sujet de la dépopulation de la France auquel se rattache la récente discussion académique sur le rétablissement des tours. Le désaccord que cette discussion a revélé prouve une fois de plus combien sont difficiles à résoudre les questions de ce genre, qui touchent aux problèmes les plus importants de la vie sociale.

Chacun des remèdes indiqués présente des inconvénients et chaque proposition rencontre à la fois des adhérents et des opposants également convaincus. Le rétablissement des tours, celui de l'accouchement secret, que l'on préconise comme des moyens propres à prévenir les avortements et les infanticides, et par là même à diminuer la mortalité des nouveau-nés, comportent-ils toute l'efficacité que leurs initiateurs se plaisent à leur attribuer? En pareille matière, il faut compter avec les habitudes et les mœurs, et ce n'est pas en un jour que l'on fera disparaître sur ce point des préjugés profondément enracinés. Il nous paraît utile, en tous cas, de citer à cet égard les conclusions d'un article très important que M. Ch. Richet vient de publier dans la *Revue Scientifique*, sous ce titre : *L'accroissement de la population française*.

M. Richet constate d'abord avec regret, comme un fait malheureusement certain, la diminution progressive de la natalité en France. Cette diminution, qui procède d'une stérilité relative, n'est nulle part plus marquée que dans les grandes villes et, contradiction singulière, plus sensible que chez les classes riches. A cet abaissement du chiffre de la natalité, produit de divers facteurs, au nombre desquels prend place un esprit de prévoyance excessif de la part des chefs de famille, vient se joindre l'augmentation énorme du taux de la mortalité. Les chiffres cités par M. Richet sont, sur ce dernier point, absolument démonstratifs.

En particulier, la mortalité qui pèse sur les jeunes enfants est vraiment effrayante et le chiffre de 90 p. 100 par lequel elle se traduit dans certaines grandes villes comme Toulon et Marseille, est d'une éloquence à laquelle il n'y a rien à redire. Tenant compte de ces deux causes générales, qui n'expliquent que trop le faible accroissement de notre population, M. Richet propose de remédier au mal par une série de mesures dont l'application, il faut le reconnaître, n'est point compatible avec l'observance des lois et des institutions fondamentales qui nous régissent depuis bientôt un siècle. Ainsi la réforme du code civil, surtout en ce qui touche le régime de la succession et du partage des biens dans les familles est une de ces mesures dont on ne conçoit guère la réalisation par le moyen d'une révolution qui viendrait mettre du même coup bien d'autres choses en question.

Plus pratiques, et d'une exécution plus facile, sont les moyens qui tendent à restreindre la mortalité, principalement chez les jeunes enfants.

Parmi ces moyens, l'obligation de la vaccine apparaît comme

un des meilleurs, un des plus sûrs dans leurs effets, et on ne conçoit guère le scrupule du législateur à l'imposer désormais aux populations, ainsi que cela se fait dans d'autres pays. Puis la diminution des impôts qui pèsent sur les objets de première nécessité et, dans les grandes villes surtout, rendent la vie matérielle si onéreuse et si précaire pour le plus grand nombre. M. Ch. Richet préconise encore, à titre d'expédient non à dédaigner, la naturalisation des nombreux étrangers qui vivent sur notre sol, ou tout au moins de leurs descendants immédiats, et dont l'entrée définitive dans la grande famille française nous procurerait un excédent de population de plus d'un million.

L'exemple de la Prusse, qui a jadis accueilli les réfugiés de l'édit de Nantes, est là pour nous servir d'enseignement.

Enfin, M. Richet exprime le désir de voir modifier la répartition annuelle du contingent, dans un sens qui favoriserait les nombreuses familles dont chaque rejeton individuellement aurait ainsi une durée moindre de service à faire sous les drapeaux.

Il y a certainement, dans ces propositions de notre distingué confrère, le germe de réformes heureuses et on doit reconnaître qu'elles viennent à point, au moment où l'Académie est saisie d'une question des plus vitales pour notre prospérité et notre indépendance nationales.

P. Muselier.

INDEX DE THERAPEUTIQUE

Les fers assimilables. — La polémique récemment engagée dans la presse médicale (1), à l'occasion des fers assimilables, a eu pour résultat inattendu la publication d'un document qui nous paraît de nature à appeler l'attention de nos lecteurs.

Il s'agit d'une lettre de M. le Dr Jaillet, aujourd'hui médecin en chef de l'hôpital français de Tamatave, lettre dans laquelle ce praticien, dont le nom est intimement lié à la découverte des fers assimilables, reconnaît que la seule préparation qui réunisse les conditions nécessaires à une bonne assimilation est le peptonate de fer de M. Maurice Robin. Voici cette lettre :

« Tamatave (Madagascar), le 27 septembre 1890.

« Messieurs,

« Désintéressé depuis longtemps déjà, comme vous le savez, de l'exploitation des peptonates de fer, j'ai bien voulu accepter l'offre que vous m'avez faite d'expérimenter d'une façon impartiale, dans ma clientèle, les échantillons de *Peptonate de fer Robin* que vous m'avez envoyés. Je me fais un devoir et un plaisir de reconnaître que ce produit sous ses différentes formes (vin, gouttes et dragées) m'a donné des résultats remarquables et inattendus, même dans les cas rebelles d'anémie et de cachexie des pays chauds.

« Je suis d'autant plus heureux de vous adresser cette attestation que j'avais suivi autrefois avec intérêt les travaux de M. Robin sur la question de l'assimilation du fer, travaux que je poursuivais presque en même temps que lui, lorsque nous étions collègues d'internat, lui à l'hôpital de la Pitié et moi à l'hôpital Rotschild.

L'idée originale que poursuivait sans relâche mon ami Robin, était de faire du Peptonate de fer un fer assimilable qui puisse s'employer à l'état pur sous forme de gouttes concentrées, tout comme le peroxyde de fer dialysé. Cette idée était grosse de difficultés et je félicite M. Robin d'avoir réussi au-delà de toute espérance. Cette préparation a vraiment une activité curative puissante bien supérieure à celle des autres préparations similaires.

« Je vous remercie donc, Messieurs, de l'envoi que vous m'avez fait et de m'avoir permis de guérir beaucoup de mes malades.

« Je serais heureux que vous communiquiez à M. Robin, en souvenir de nos excellentes relations lorsque nous étions internes des hôpitaux de Paris, l'opinion que je me suis faite des gouttes concentrées de Peptonate de fer Robin.

« Puisse-t il surtout, à l'exception des autres inventeurs, profiter de sa découverte, car ce Peptonate de fer mérite l'approbation et la considération du monde médical.

« Je lui donne pour cela toute autorisation de faire connaître mon opinion à mes confrères et lui renouvelle tous mes éloges.

« Soyez assurés, Messieurs, que je continuerai à prescrire ce produit à ma clientèle de Madagascar, où déjà il m'a permis d'enregistrer d'immenses succès.

« Veuillez agréer. etc. « Dr Jaillet,

« *Ancien chef du laboratoire de thérapeutique de la Faculté de médecine de Paris.* »

Voilà ce qui est clair et précis. Si l'on ajoute que les observations de M. Jaillet s'appuient, non seulement sur les expériences physiologiques qui ont été le point de départ de la découverte, mais aussi sur la pratique que donne un service hospitalier important, il n'y a plus d'hésitation possible entre les diverses préparations qui sont présentées au public médical. C'est au peptonate de fer Robin que le praticien doit donner la préférence.

M. Jaillet, qui a été longtemps le compétiteur de M. Robin dans la recherche du meilleur fer assimilable et qui a autrefois préconisé une préparation similaire, reconnaît lui-même aujourd'hui que le peptonate de fer Robin est la seule préparation qu'il convienne d'employer en thérapeutique. Son témoignage est des plus concluants, aussi la question nous semble entièrement résolue.

L'affirmation nouvelle de M. le Dr Jaillet vient d'ailleurs à l'appui de l'opinion déjà plusieurs fois émise, à savoir : le peptonate de fer Robin, qu'il soit pris sous forme de vin, de dragées ou de gouttes concentrées, constitue la préparation ferrugineuse qu'on peut opposer, avec succès, à l'anémie et à chlorose, et surtout à cette variété si fréquente désignée par M. le professeur Hayem sous le nom de chlorose dyspeptique.

(1) *Journal de médecine de Paris*, n° 49 ; *Union médicale*, n° 148 ; *Gazette des hôpitaux*, n° 7, etc.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène (*présidence de M. le professeur* Brouardel. — M. le Dr Proust annonce au comité que le *Comorin*, qui ramène des troupes de l'Extrême-Orient, est passé à Suez dans un état sanitaire satisfaisant.

Les nouvelles de Syrie paraissaient favorables ; les décès qui ont été observés au sud du vilayet d'Alep ne semblent pas dus au choléra.

Le nombre des indigents qui se rendent au pèlerinage de la Mecque devient de plus en plus considérable.

Des mesures devaient être prises pour diminuer le nombre de ces indigents qui offrent un danger sérieux au point de vue de l'importation des maladies transmissibles.

— Un décret de la République Argentine impose une quarantaine de dix jours à l'égard des provenances de Rio-Janeiro, où règne la fièvre jaune. Un cas de cette maladie a été également constaté à Pernambouc.

L'état sanitaire de Bahia et de ses environs s'est sensiblement aggravé (fièvre paludéenne et fièvre janne).

— Le Conseil s'occupe ensuite de différents projets pour amener l'eau potable, projets présentés par MM. Bergeron, Pouchet, Bourneville, Thoinot. Deux de ces projets, ceux intéressant la ville de Cherbourg et la commune de Roquevaire (Bouches-du-Rhône), ont été rejetés à cause du peu de garantie de pureté des eaux dont les projets proposent la distribution.

La séance est levée.

Barême du pouls normal aux différents âges, par le Dr Beugnier Corbeau. — Les recherches très étendues de Langlois démontrent que le pouls varie de fréquence à trois grandes périodes inégales de la vie. De 14 à 45 ans il reste fixé à un chiffre très proche de 70, sauf des oscillations légères et négligeables. Au-dessus et au-dessous de cet âge, il gagne en rapidité.

A la naissance, le pouls de l'enfant est le double de celui de la mère. Jusqu'à la quatorzième année, il diminue de 5 pulsations par an. Si l'on représente l'âge par A, la formule ci-dessous exprime cette progression descendante.

$$P = 140 - 5\,A$$

Ce qui donne pour 10 ans, 90 pulsations.

A partir de la quarante-cinquième année, le pouls remonte parallèlement à l'âge, mais dans des proportions plus faibles que celles de sa descente de tout à l'heure. On peut dire qu'il s'accroît en moyenne d'une pulsation tous les deux ans. Ce qui s'exprime par la formule suivante :

$$P = \frac{140 + A - 45}{2} = \frac{95 + A}{2}$$

Avec A valant 90, nous aurions 99 battements, chiffre conforme à celui que l'on trouve dans la pratique.

Association des médecins du département de la Seine. — Cette association a tenu, le dimanche 19 avril, son Assemblée générale annuelle sous la présidence de M. Brouardel, président.

Voici le tableau du mouvement de la caisse pendant l'exercice 1890 :

RECETTES

Rentes 3 pour 100 et 4 1/2 pour 100	32.993 fr. 75
Cotisations	17.732 »
Admissions	504 »
Dons et legs	44.485 »
Reliquat de l'année 1889	136 70
Total	95.851 fr. 45

DÉPENSES ET EMPLOI

Secours à quatre sociétaires et à cinquante-quatre veuves ou enfants de sociétaires	37.500 fr. »
Secours à vingt-huit personnes étrangères à l'Association	3.900 »
Recouvrement des cotisations	600 »
Frais d'impression	1.045 »
Port des imprimés, timbres-poste, dépenses diverses	692 30
Somme prise sur le dixième du revenu pour les pensions viagères	1.977 30
Achat de rentes	49.166 50
Total	94.881 fr. 10

BALANCE

Recettes	95.851 fr. 45
Dépenses	94.881 10
Reste	970 fr. 35

Caisse des pensions viagères.

Fonds de secours.

RECETTES

Somme prise sur le dixième du revenu de l'Association	1.977 fr. 30
Intérêt des sommes placées	422 70
Total	2.400 fr. »

DÉPENSES

Deux pensions viagères	2.400 fr. »

BALANCE

Recettes	2.400 fr. »
Emploi	2.400 »
Reste en caisse	» fr. »

FONDS DE RÉSERVE

Reliquat de l'année 1889	338 fr. 40
Don de M. Péan	130 »
Total	468 fr. 40

La Société française de Tempérance a tenu sa séance solennelle le 26 avril 1891, sous la présidence de M. Yves Guyot, Ministre des Travaux Publics, et de M. le Dr E. Vidal, de l'Académie de Médecine, Président de la Société. Après avoir entendu l'allocution de M. le Dr E. Vidal, le rapport sur la situation morale et financière de l'OEuvre par M. le Dr A. Motet, l'allocution de M. le Ministre des Travaux Publics, le rapport de M. le Dr Philbert sur les récompenses, la Société a décerné : un prix de mille francs offert par la veuve de notre premier secrétaire général, le Dr L. Lunier, à M. le Dr Legrain, des mentions très honorables avec médailles d'argent à MM. les Drs Lardier et Nicoulau et une mention honorable au Dr Dubrandy.

241 diplômes de membre associé honoraire; 14 médailles d'argent; 346 médailles de bronze; 134 diplômes de témoignage de satisfaction; 10 livrets de caisse d'épargne postale d'une importance totale de 100 francs avec diverses publications de la Société et 1.250 exemplaire de l'Avis de l'Académie de médecine.

Elle a décerné, en outre, un prix de 100 francs à M. Georgin, instituteur à Moyvillers (Oise), au nom de l'ancienne Société contre l'abus du tabac et des boissons alcooliques.

NOUVELLES

Facultés des Départements.

Faculté de médecine de Montpellier. — Par arrêté en date du 22 avril 1891, la chaire de médecine opératoire de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

Un délai de vingt jours à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Faculté de médecine de Nancy. — Par décret en date du 29 avril 1891, ont été nommés : professeur de thérapeutique et matière médicale, M. Schmitt; professeur d'histologie, M. Baraban, tous deux agrégés des Facultés de médecine.

Corps de santé de la marine. — Par décret en date du 19 mars, M. Keraudren (Aimé-Marie), médecin auxiliaire de 2e classe, a été nommé médecin de 2e classe.

— Par décret en date du 22 avril 1891, a été nommé dans le corps de santé de la marine : au grade de médecin de 2e classe, M. Debergue (Gustave-Marius-Auguste), médecin auxiliaire de 2 classe, docteur en médecine.

Concours du bureau central (médecine). — Voici le résultat du tirage au sort du jury de ce concours (deux places), sous réserve d'acceptation :

MM. Chauffard, Hérard, de Beurmann, Brissaud, Cadet de Gassicourt, Roques, Le Dentu.

Les candidats, au nombre de 71, sont :

1. MM. Achard, Beliu, Barbier, Berbez, Baudoin, Barbe, Blocq (Paul), Bruhl, Bourcy, Besançon.

11. MM. Béclère, Capitan, Coffin, Cayla, Despréaux, de Gennes, Darier, Duflocq, Dalché, Durand-Fardel.

21. MM. Dubief, Deschamps, Delpeuch, Duplaix, Florand, Gilles de la Tourette, Gillet, Guinon (Louis), Giraudeau, Girode.

31. MM. Guinon (Georges), Gaume, Gallois, Gauchas, Havage, Hudelo, Janselme, Klippel, Launois, Legry.

41. MM. Laffitte, Lesage, Legendre, Lyon, Lebreton, Lermoyez, Martin de Gimard, Ménétrier, Mathieu, Méry,

51. MM. Marfan, Morel-Lavallée, Nicolle, Œttinger, Polguère, Poupon, Pignol, Queyrat, Ribail, Robert.

61. MM. Raymond, Regnier, Roger, Springer, Tissier, Thoinot,

ACCOUCHEMENTS. — Voici le résultat du tirage au sort du jury de ce concours (une place) :

MM. Marchand, B. Anger, Gueniot, Desormeaux, Ribemont, Landouzy, Pozzi.

Les candidats, au nombre de dix, sont :

MM. 1. Boissard. 2. Couder, 3. Demelin, 4. Laskine, 5. Lepage, 6. Potocki, 7, Stapfer, 8. Tissier, 9. Varnier, 10. Wallich.

Deuxième congrès pour l'étude de la tuberculose. — Les questions mises à l'ordre du jour de ce Congrès, qui aura lieu à Paris du 27 juillet au 2 août 1891, sous la présidence de M. Villemin, sont les suivantes :

1° De l'identité de la tuberculose de l'homme et de la tuberculose des bovidés, des gallinacés et autres animaux ;

2° Des associations bactériennes et morbides de la tuberculose ;

3° De l'hospitalisation des tuberculeux ;

4° Prophylaxie de la tuberculose humaine et animale ;

5° Des agents capables de détruire le bacille de Koch, non nuisibles pour l'organisme, au point de vue de la prophylaxie et de la thérapeutique de la tuberculose humaine et animale.

— Par décret en date du 21 avril 1891, M. le Dr de Lanessan, professeur agrégé près la Faculté de médecine de Paris, député de la Seine, est nommé gouverneur général de l'Indo-Chine française.

Enseignement médical libre. — HOPITAL DE LA PITIÉ. M. ALBERT ROBIN. — *Lundi et Samedi.* Examens de malades nouveaux. Leçons cliniques au lit du malade.

Mercredi. Conférence de chimie pathologique au laboratoire.

Jeudi. Leçons cliniques.

— M. le Dr DESNOS, ancien interne des hôpitaux, fera sur les *maladies des voies urinaires* un cours qui sera complet en 15 leçons. Il le commencera à sa clinique 15, rue Malebranche, le lundi 4 mai à 4 h. 1/2 et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivant à la même heure. Pour les renseignements s'adresser 15, rue Malebranche.

Chemin de fer d'Orléans. — *Billets d'aller et retour réduits de 40 0/0 pour Orléans.* — A l'occasion du voyage à Orléans de M. le Président de la République, la Compagnie fera délivrer, les 6, 7 et 8 mai prochain, des billets d'aller et retour, réduits de 40 0/0 pour Orléans aux gares et stations de ses sections ci-après :

Paris à Orléans ; Orléans à Tours ; Brétigny à Tours ; Tours à Saumur (inclus) ; Tours à Châtellerault (inclus) ; Tours à Vierzon ; Tours à Châteauroux ; Blois à Villefranche-sur-Cher ; Orléans à Argenton (inclus) ; Orléans à Malesherbes (inclus) ; Orléans à Montargis (inclus) ; Orléans à Gien (inclus) ; Vierzon à Saincaize ; Beaune-la-Rolande à Bourges ; Bourges à Saint-Amand-Mont-Rond (inclus).

Ces billets seront valables, pour le retour, jusqu'au dernier train de la journée du 9 mai ; ils pourront être utilisés dans tous les trains recevant réglementairement, pour le parcours à effectuer, des voyageurs à plein tarif de la classe du billet délivré ; ils ne seront pas admis dans les trains-poste et rapides.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. DE RANSE**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,**
J. ARNOULD (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— **Direction et Rédaction :** 53, Av Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE LA RÉDUCTION DES LUXATIONS DE L'ÉPAULE.

LEÇON DU SERVICE DE M. LE PROFESSEUR DUBRUEIL A L'HOPITAL SAINT-ELOI (DE MONTPELLIER).

Les modes de réduction des luxations de l'épaule (je ne cite ici que les luxations récentes en avant) sont nombreux et connus de tout le monde, ce qui n'empêche pas que l'on voit assez souvent arriver dans les services hospitaliers des malades porteurs de luxations déjà anciennes, qui ont cependant été de premier abord traités par des médecins et chez lesquels la réduction n'a pas été obtenue.

Cela tient quelquefois à ce que le diagnostic n'a pas été posé, à ce que la luxation n'a pas été reconnue. Je laisse ces cas de côté, pour m'occuper de ceux dans lesquels le déplacement a été diagnostiqué, mais n'a pu être réduit. Cet insuccès tient souvent, je le crois, à un choix peu judicieux des modes de réduction, et c'est à ce sujet que je désire présenter quelques réflexions.

Tout d'abord, il est pour moi absolument indiqué de tâcher d'obtenir la réduction sans recourir à l'anesthésie. Les réductions de luxation donnent une mortalité par anesthésie qui n'est pas rassurante.

Je n'ai, pour ma part, perdu qu'un malade par le chloroforme, et c'est un malade chez lequel je réduisais une luxation de l'épaule. Peut-être dans le cas de luxation de l'épaule la constriction, que le lacs contre-extenseur fait subir au thorax, est-il une cause de danger. Quoi qu'il en soit, il est prudent de n'employer l'anesthésie que quand on ne peut s'en dispenser. Aussi doit-on, d'une façon générale, recourir de prime abord à une méthode qui, le plus souvent, s'applique avec succès à tous les cas indistinctement, et n'a nul besoin d'être aidée dans son action par l'adjonction de l'anesthésie. Je veux parler des tractions élastiques de Legros et Théophile Auger.

L'appareil instrumental que nécessite leur application est des plus simples; il suffit d'avoir deux points fixes, un tube ou une bande de caoutchouc, un drap, des bandes de toile, des serviettes et du diachylon. Dans les salles d'opérations, les points fixes sont représentés par des anneaux scellés dans les murs; dans la pratique civile, on utilise ce que l'on a sous la main, et si l'on n'a pas de lit à montants, on se sert comme points fixes des boutons de porte ou de fenêtre.

Le sujet est assis; un drap plié en cravate dont le plein correspond à l'aisselle du côté luxé et dont les chefs sont fixés sur un des points fixes, représente la contre-extension.

Pour l'extension, on applique sur le bras malade une série de larges bandelettes de diachylon dont les chefs sont fixés sur le bras à l'aide d'une autre bandelette qui décrit des circulaires en passant sur ces chefs alternativement abaissés et relevés.

FEUILLETON

LES HOPITAUX D'ENFANTS EN ITALIE

Rapport adressé à Monsieur le Ministre de l'Intérieur

Par le Dr G. Variot

Médecin des hôpitaux de Paris

chargé d'une mission spéciale en date du 10 Septembre 1890

(Suite) (1).

Quelques considérations historiques sur l'hospitalisation en Italie.

En visitant l'Italie et surtout les hôpitaux d'enfants, nous n'avons pu échapper à la tentation de tous ceux qui parcourent ce pays si riche en souvenirs historiques, et nous avons voulu jeter nos regards en arrière. La Rome des consuls, des empereurs et des papes, a pour nous un grand attrait ; notre première jeunesse s'est passée à étudier son histoire et à y rechercher l'une des sources de notre civilisation.

Florence et la Toscane sous les Médicis, les puissantes républiques de Venise et de Gênes ont brillé pendant la Renaissance d'un vif éclat. Le médecin investigateur qui parcourt actuellement ces cités, ne relèverait que des observations étroites et incomplètes s'il se bornait à décrire les établissements hospitaliers modernes, en laissant dans l'oubli les manifestations antérieures de l'activité dont ce pays a été successivement le théâtre. D'ailleurs, un coup d'œil rétrospectif nous éclaire non seulement sur l'hospitalisation italienne, mais aussi sur l'origine des institutions de bienfaisance dans le monde entier.

L'Angleterre, où nous allons chercher aujourd'hui le modèle de nos réformes sanitaires, était une contrée barbare à une époque où déjà la charité était organisée en Italie.

L'empereur Trajan prit sous sa haute protection les enfants pauvres et abandonnés; il est le fondateur d'une œuvre connue dans l'histoire sous le nom d'*Institution alimentaire de Trajan*. Les inscriptions du second siècle et le panégyrique de Pline-le-Jeune nous ont conservé les règlements de cette fondation rappelant

(1) Voir le n° 18.

Le plein de ces bandelettes longitudinales doit correspondre un peu au-dessous du coude, et toutes doivent être disposées de façon que leur plein soit bien à la même hauteur. Sans cela la bandelette la plus longue supporterait seule la traction et pourrait ne pas présenter une résistance suffisante.

Il faut en effet que ces liens de diachylon soient assez forts pour ne point se rompre sous la traction élastique. Un anneau formé par une corde, une serviette pliée en cravate, est attaché au second point fixe. Reste à réunir cet anneau et l'anse formée par les bandelettes de diachylon, à l'aide d'un lien élastique, c'est-à-dire d'un tube ou d'une bande de caoutchouc suffisamment solide et allant un certain nombre de fois de l'anse à l'anneau.

Lorqu'on pense que la traction est portée au degré voulu, on fixe le lien élastique. Si l'on s'est servi d'une bande, on noue simplement les chefs l'un à l'autre; dans le cas ou l'on a employé un tube, on réunit les deux chefs à l'aide d'une ficelle.

Le malade est laissé dans cette situation pendant un laps de temps qui doit varier en moyenne de quinze à vingt minutes. Ce temps écoulé, un aide sectionne avec des ciseaux l'anse formée par les bandelettes emplastiques, et au moment même où la section est opérée, le chirurgien applique le bras du patient contre le thorax avec une main placée sur la partie inférieure de ce segment de membre, et cherche à repousser la tête humérale en dehors avec son autre main placée dans l'aisselle. Cette manœuvre de coaptation, est, je dois le dire, le plus souvent superflue, et quand la traction élastique a été suffisante et assez prolongé, la tête se réduit d'elle-même au moment où on fait brusquement cesser la traction.

Tel est l'appareil réduit à son maximum de simplicité. Si l'on se sert de bandelettes de diachylon, c'est à seule fin de pouvoir supprimer brusquement la traction en les coupant, mais quand on a à sa disposition les Smétalliques de Sédillot et les pinces de Nélaton, on peut remplacer les bandelettes emplastiques par des liens en linge. L'ouverture des pinces de Nélaton permet d'obtenir une cessation de la traction encore plus instantanée. Lorsqu'on a un dynamomètre, on en profite pour l'interposer entre les liens concourant à la traction et apprécier à quel degré elle arrive. Dans le cas contraire, il est prudent d'observer de temps à autre le degré de tension de la peau de la partie interne et supérieure du bras, afin de voir s'il n'y a pas de menaces de déchirures.

La méthode que je viens de décrire, bien exécutée, amène la réduction dans la grande majorité des cas. Si elle échoue, reste à recourir à d'autres manœuvres.

Il est certaines conditions où l'on peut encore tenter la réduction sans anesthésie; c'est dans la luxation sous-coracoïdienne.

Si l'on a affaire à un sujet très faiblement musclé, à une femme, on réduit quelquefois en allant dans l'aisselle saisir la tête humérale avec la pulpe des quatre derniers doigts de la main droite, tandis qu'avec la main gauche on tire sur le bras écarté du tronc à angle droit.

En cas de non-réussite, ou si le sujet est doué d'une plus forte musculature, on peut recourir au procédé dit de Kocher, qui ressemble singulièrement à des procédés d'origine française, antérienrement connus.

Voici, au demeurant, en quelques mots, le procédé de Kocher : le coude est porté en arrière et rapproché du thorax, l'avant-bras fléchi. Le coude maintenu contre le tronc, on imprime au bras un mouvement de rotation en dehors; il suffit pour cela de porter la main en dehors. Dans un troisième temps, le coude maintenu dans la rotation en dehors est porté en avant et en haut, et, enfin, en dernier lien, le bras est porté dans la rotation en dedans, ce qui se fait en appliquant la main sur le thorax. Ces différents temps doivent être séparés par un intervalle d'une demi-minute à une minute.

Le procédé de Kocher a-t-il échoué, il est bon, je crois, de se résigner à l'anesthésie, et, pour la luxation sous-coracoïdienne, mieux vaut en venir d'emblée au procédé du talon.

La luxation est-elle intra-coracoïdienne ou sous-claviculaire, le patient étant anesthésié, on appliquera l'extension sur le bras écarté du tronc et relevé de façon que sa partie interne forme, avec la partie latérale du thorax correspondante, un angle de 130° à 140°. Il m'a toujours paru que les tractions exercées dans ce sens facilitaient singulièrement la réduction des luxations intra-coracoïdiennes et sous-claviculaires.

Pour les luxations déjà anciennes, il y a aussi un choix à faire relativement à l'appareil instrumental à mettre en usage. L'appareil de Jarvis et ses dérivés seront réservés pour les luxations sous-coracoïdiennes; aux intra-coracoïdiennes et aux sous-claviculaires, on appliquera les tractions avec les mouffles.

Quant aux luxations en arrière, j'ai réduit une sous-acromiale de la façon suivante : le malade étant couché sur le bord

---

à la fois notre crédit foncier et l'Assistance des enfants trouvés.

Le fisc impérial prêtait des sommes d'argent à de riches propriétaires qui s'engageaient à les faire valoir en faveur de l'agriculture.

Ce même fisc se désintéressait de toute redevance et de tout intérêt, mais il obligeait les détenteurs à constituer par municipes, une rente 5 0/0 reversible sur les enfants pauvres des deux sexes dont l'existence et l'éducation se trouvaient ainsi assurées.

Ces fondations furent implantées par les citoyens riches dans toutes les provinces de l'Empire, au fond de la Dacie, de l'Espagne et de l'Afrique aussi bien qu'au cœur de l'Italie et dans les quartiers de Rome.

Chacune d'elles venait au secours de plus de 300 enfants, garçons et filles. L'*Institution alimentaire* prit de grands développements par la munificence de Faustine, épouse de Marc-Aurèle et de Mammée mère d'Alexandre Sévère. Mais vers le milieu du IIIe siècle, les fantaisies impériales et les gaspillages prétoriens mirent à sec les caisses de l'État : il n'y eût plus de fonds disponibles.

Il est donc bien établi que les Romains de l'Empire avaient compris la nécessité de donner aide et assistance à l'enfance, et les sages mesures de Trajan le prouvent amplement.

Dès le premier siècle, sous Auguste, il existait dans les principaux municipes de l'Italie des infirmeries publiques connues sous le nom grec de *Iatricon*, et qui semblent correspondre à nos dispensaires. La visite était faite régulièrement par un ou plusieurs médecins de l'Assistance publique. L'un deux, en effet, s'appelle *Archiatrus*, ce qui suppose d'autres confrères sous ses ordres. Ces médecins furent payés depuis Vespasien, sur la cassette impériale. Dans ces officines publiques se rendaient les nécessiteux de la plèbe qui n'étaient pas rattachés par les liens de la clientèle ou de l'esclavage aux infirmeries privées des praticiens. Dans les armées romaines, chaque légion avait ses ambulances de campagne sous la surveillance des tribuns militaires et sous celle des aides connus sous le non d'*optiones*.

C'est à la fin du IVe siècle que fut établi à Ostie (le port de Rome), le premier grand hôpital permanent.

L'hôpital d'Ostie a été fondé par une noble romaine du nom de Fabiola et par le sénateur Paumachius qui venait de traverser un grand deuil de famille.

d'une table, j'ai repoussé la tête à sa place avec un solide morceau de bois cylindrique (provenant de l'appareil suspenseur de Sayre), dont une extrémité était appuyée sur la table, tandis que l'autre était relevée et tenue entre mes mains qui la portaient de dedans en dehors. La partie moyenne du cylindre était fortement appliquée sur la tête de l'os. Une manœuvre analogue m'a réussi dans un cas de luxation ancienne de la tête fémorale sur la fosse iliaque externe.

CHIRURGIE PRATIQUE

DE LA CIRCONCISION ENVISAGÉE PRINCIPALEMENT CHEZ L'ADULTE. — MANUEL OPÉRATOIRE ET PRATIQUE SIMPLIFIÉE DE L'OPÉRATION. — SOINS PRÉLIMINAIRES ET CONSÉCUTIFS (1).

Par le Dr Paul THIÉRY.
Prosecteur de la Faculté.

(*Suite*) (1)

HÉMOSTASE

C. — Quant à la question de l'hémostase, elle est capitale : il faut que l'hémostase soit parfaite sous peine de voir la réunion désirée et promise échouer lamentablement, sous peine encore de voir ou une hémorrhagie ou un véritable anévrysme diffus perpétuer une difformité, ou nécessiter une nouvelle intervention, comme cela nous est arrivé dans un cas (2).

Les artères du prépuce intéressées sont en nombre plus ou moins variable ; bien rarement elles sont nombreuses dans le phimosis congénital, mais veines et artères doivent être liées. Leur type peu élastique ne se prête nullement à la torsion contre-indiquée encore par la laxité du tissu cellulaire au milieu duquel elles reposent : la ligature seule des vaisseaux (artérioles et veinules), à l'aide de fils de catgut ou de soie phéniquée très fins qui ne s'opposent nullement à la réunion, est capable de placer la plaie dans de bonnes conditions de réunion, exception étant faite cependant pour les artérioles cutanées pour ainsi dire intra-dermiques dont la compression avec une serre-fine est possible.

Constamment c'est du côté du frein que l'hémostase est difficile à effectuer, à tel point qu'au dire d'un collègue un de nos collègues élève de M. Trélat, ce chirurgien aurait, après section dorsale du prépuce suivant le procédé qu'il lui était habituel, fait la résection des lambeaux latéraux, peau et muqueuse compris en respectant totalement la région du frein.

Il est évident que dans le procédé ordinaire dont nous parlions plus haut toute ligature portant au sommet de l'angle rentrant de la muqueuse sectionnée ajoute encore à la difficulté de l'affrontement mathématique du sommet de l'ellipse cutanée, circonstance que nous invoquons encore en faveur de la modification que nous avons proposée et qui respecte la région muqueuse du frein sans respecter la continuité de la peau et de la muqueuse comme l'aurait fait Trélat, non sans quelques risques d'obtenir au niveau de cette région un tubercule œdémateux ou induré, en tout cas exubérant.

En somme, on peut résumer ce qui a rapport à l'hémostase, en disant qu'elle doit être complète au sens le plus strict du mot et assurée par *des ligatures* aseptiques.

Sans doute, on nous citera des cas où l'hémostase incomplète ne s'est pas opposée à la réunion, mais qu'était cette réunion ? Les mahométans ne réunissent pas ou réussissent par des bandelettes!!! et leurs malades guérissent ; mais combien de temps doivent-ils attendre la guérison ?

SUTURE

D. — Un point sur lequel nous ne saurions partager l'opinion de bien des chirurgiens actuels, c'est le choix du moyen de contentieux de la suture et, au risque de paraître bien en retard, nous recourons encore à la serre-fine de Vidal qui, si elle devait être bannie de la chirurgie, devrait bien plus être réservée à la posthetectomie qu'aux opérations autoplastiques sur le périnée, etc... Pour nous, nous n'hésitons pas à la déclarer infiniment préférable aux sutures, que celles-ci soient faites de fils d'argent, de Florence, de soie ou de catgut, et ceci pour les raisons suivantes :

La mise en place de la suture consécutive à la circoncision doit être essentiellement temporaire, la réunion se faisant avec une extrême rapidité ; mais, d'autre part, aucun point de

(1) Voir *Gazette médicale*, 1891, n° 16, 17 et 18.

(2) Il y a lieu de rapprocher ce que nous disons du chapitre HÉMOSTASE, du travail de M. Félizet (p. 35 et 36) : « C'est gagner du temps, dit-il en substance, que de faire une bonne réunion..... C'est une particularité des artères du pénis, plus accentuée chez les enfants que chez les adultes, que l'extrême contractilité des artérioles. » Et ce chirurgien ajoute qu'il fait rarement une circoncision sans ligature ; cela prouve qu'il est soucieux du résultat, qu'il est méticuleux, et dans ce cas cette épithète est un éloge.

Sa construction fut faite sur le plan du vaste Xénodochion établi à Jérusalem par Hyrcan. On y recevait sans distinction les pauvres, les étrangers et les voyageurs malades ou dans le besoin.

Vers 1865, en déblayant le port d'Ostie, on a pu retrouver les substructions de ce vaste établissement qui a été le prototype de tous les hôpitaux, depuis le moyen âge jusqu'à notre époque, en Europe et dans tout le monde (1).

Nous passons sur une période longue, obscure et troublée pour l'Italie comme pour les autres pays, et nous arrivons à la Renaissance.

Vers la fin du XVe siècle, et même auparavant, les institutions de bienfaisance redeviennent florissantes à Rome et dans les autres grandes cités.

Sous Innocent III, on aménage l'hospice du *Saint-Esprit in Saxia* pour recueillir les enfants trouvés. Les tours étaient très répandus, et cependant les avortements des filles-mères étaient très fréquents. Au dire de Gaspard de Vérone, les pêcheurs du Tibre relevaient bien souvent dans leurs filets, au lieu de poissons, des fœtus humains.

Sixte IV restaura l'édifice qui tombait en ruines et l'affecta entièrement au service des enfants assistés ; sa prévoyance alla jusqu'à doter les jeunes filles abandonnées arrivées à l'âge nubile.

En 1421, fut construit à Florence *il ospedale degli Innocenti* d'après les plans de Brunelleschi, par son élève Francesco della Luna. La colonnade et les arcades de la façade sont d'une rare élégance et d'une extrême richesse de décoration.

L'ospedale Maggiore de Milan, qui contient actuellement une section pour les enfants a été commencé en 1457 par Antonio Filarete ; une partie des plans est due au Bramante.

En 1518, Pontano rend compte de la visite qu'il a faite à l'hospice de Sainte-Marie, à Naples, où neuf cents jeunes filles abandonnées sont recueillies et élevées d'une manière honnête et conforme à leur position. (Pontano. *Opera omnia.* — Alde, 1518. *De liberalitate*, II, fol. 108, v.) (1).

(1) Duruy, *Histoire des Romains*, Éd. in-4, t. IV, V, VI, VII (*passim.* — Briau, *De l'assistance médicale chez les Romains.* — De Rossi, *Bulletins de l'archéologia Christiana*, nov. et déc. 1866.

(1) Nous devons bon nombre de ces documents historiques à M. L. Thuasne, l'érudit bien connu qui a publié le Diarium de Burckhardt.

suture ne doit être supprimé si son ablation laisse suinter une gouttelette de sang, sous peine de voir échoner la réunion et parfois désunion complète.

La serre-fine constitue une suture précieuse que nous appelons *amovo-inamovible*. Appliquée le matin de l'opération, elle exerce une douce compression; le soir, on peut tenter de la supprimer et, si au-dessous d'elle la réunion est douteuse, on la replace avec la même facilité. Nous ne pourrions penser qu'il en soit de même du point de suture qui doit rester en place jusqu'à solidité présumée complète de la suture; souvent alors le prépuce délicat s'œdématie quelque peu; le fil coupe les tissus ou il se produit un petit point de sphacèle; le fil, une fois appliqué, doit être lié tel quel au mépris même d'un affrontement douteux des lèvres de la plaie, qui a ici une si grande importance; la serre-fine se place quand, où et comme l'on veut; elle supprime la plaie toujours notable produite par l'aiguille; elle ne coupe pas les tissus.

A notre sens, la suture, avons-nous dit, doit être discrète, temporaire, mais parfaite; le plus souvent, nous appliquons 14 serres-fines : 8 sont enlevées le soir, 4 ou 5 le lendemain matin et les dernières, le surlendemain; le malade est guéri; le seul effort fait pour détacher un fil de suture suffirait alors pour rompre une union encore fragile.

Il y a peu de temps encore, nous voyions un malade au 15e jour de l'opération : les fils avaient mutilé la suture et le résultat était détestable, bien que le chirurgien fût un excellent opérateur.

La chose nous est arrivée plus d'une fois et, depuis, nous avons renoncé à l'emploi des fils; que dire alors des fils qui sont laissé en place jusqu'à leur chute spontanée dans une région où l'antisepsie est si précaire?

A coup sûr, on reprochera aux serre-fines leur volume et la gêne qui en résulte, leur chute possible pendant les mouvements du malade. Le premier reproche est fondé et il n'y a pas de moyen parfait, mais leurs avantages surpassent leurs inconvénients. Certainement il est des cas où les fils s'imposent chez les malades inintelligents ou récalcitrants; le fait est rare cependant. On pourrait encore leur reconnaître l'avantage de permettre au malade de se lever. Mais, que penser de l'imprudence d'une telle permission donnée par un chirurgien peu soucieux du résultat de son opération et qui n'aurait d'égale que celle d'un de nos malades qui, malgré ses serre-fines, assista, le soir, à un spectacle et fut néanmoins complètement et dûment guéri le lendemain soir.

Cependant nous n'aurions nulle répugnance à admettre le passage d'un seul fil au niveau du frein destiné à rester en place plus longtemps que les serre-fines et à assurer, celles-ci étant enlevées au deuxième jour, la résistance d'une réunion encore fragile.

Mais pour obtenir des serre-fines tous les avantages qu'on en peut attendre, il ne faut point les placer indifféremment et sans ordre. En règle générale on doit se servir de serre-fines de très petites dimensions, bien solides de ressort : leur application commence au niveau du frein, d'un côté, pour se poursuivre jusqu'à la ligne médio-dorsale, puis on revient au frein pour compléter la couronne du côté opposé.

Sauf au niveau du frein, et sauf dans les points où siège une artériole cutanée, qu'il est nécessaire de forcipressurer, la serre-fine ne doit pas être engagée profondément : elle doit plutôt saisir de l'extrême griffe les lèvres de la plaie : les serre-fines coudées et qui s'imbriquent bien les unes sur les autres sous le pansement sont particulièrement recommandables.

Il n'en faut pas exagérer le nombre : 14 suffisent en général et nous portons rarement ce nombre à 17 : il faut les supprimer dès que cela est possible, comme nous le dirons plus loin, ordinairement le soir même on en peut supprimer la moitié.

En résumé, en ce qui concerne la pose des serre-fines, il faut se conformer aux règles précédentes qu'on peut brièvement résumer ainsi : appliquer le moins de serre-fines possible, juste le strict nécessaire pour obtenir un affrontement exact : ne pas trop engager les lèvres de la plaie entre leurs griffes; les supprimer par séries, le plus tôt possible (1).

(1) Nous ne partageons pas l'opinion de M. Félizet, à propos de ce qu'il dit des serre-fines (page 38). C'est nous, partisan de la serre-fine, qui sommes retardataire; la serre-fine n'a pas été perfectionnée il est vrai, depuis un demi-siècle : elle est très suffisante ainsi. Nous n'avons point vu les petites eschares dont l'auteur parle au niveau de la *morsure* de l'instrument (p. 39); les serre-fines ne nous ont point paru douloureuses après l'opération (p. 39), elles ne sont point difficiles à enlever (p. 40), parce qu'elles sont recouvertes de caillots, car il ne doit pas y avoir de caillots. M. Félizet croit leur ablation douloureuse, et a dû endormir un malade : ceci donne la clef de la divergence de nos opinions : en fait, il se peut que chez l'enfant (et l'auteur le reconnaît lorsqu'il dit que la serre-fine est passible, *chez l'enfant du moins*, de nombreuses objections), elle offre des inconvénients; notre expérience

---

A Venise, en 1581, les enfants trouvés ont déjà leur asile : « La Pitié où l'on recueille les petits enfants abandonnés par leurs mères et qu'on élève avec une très forte dépense supportée par des contributions publiques et privées : la prieure de cet hôpital est confirmée par le Doge. » (Sansovino. *Venetia citta nobilissima et singolare, in XXIII libri*, Venise, 1581, in 8°.)

En terminant cet aperçu historique, il nous paraît utile de citer l'opinion exprimée sur l'hospitalisation par un des plus illustres architectes de ce temps, Alberti.

« Il faut que les hôpitaux soient installés dans des endroits essentiellement sains. Les maladies infectieuses doivent être séparées des maladies communes. Les dernières peuvent être conservées dans les villes; les maladies contagieuses doivent être reléguées à la campagne; toutes dans les lieux bien ventilés, très sains, abondants en eau et cependant secs.

« Les sexes seront séparés, ainsi que les curables et les incurables, de même ceux qui doivent être surveillés sans cesse, comme les fous » (1).

Bon nombre d'hôpitaux italiens ont été élevés pendant cette période où le mouvement artistique avait toute sa splendeur; nous ne sommes donc pas surpris d'y remarquer un luxe de construction, une richesse de décoration que les architectes appliquaient à tous les monuments publics. L'ospedale degli Innocenti de Florence (2), l'ospedale Maggiore de Milan, Albergo reale per li poveri de Naples, les cours intérieures de Pommatone à Gênes doivent être placés au premier plan dans la série des hôpitaux-monuments.

(1) Alberti. *De Re Œdificatoria*.

(2) Il paraît bien évident que c'est d'Italie que nous viennent nos institutions pour la protection de la première enfance.

Nous rappellerons les règlements de l'empereur Trajan, la construction de *l'ospedale degli Innocenti* (1421), — l'établissement fondé par Innocent III, à Rome.

Nos organisateurs de la bienfaisance, en France, sont allés s'inspirer en Italie : saint Vincent de Paul accompagne à Rome, en 1608, le légat d'Avignon et reçoit du pape une mission auprès de Henri IV. Il se fixe à Paris pour propager, avec le zèle et le succès que l'on connaît, ses œuvres de charité. — L'installation de la maison des Enfants-Trouvés qui lui est due, ne fut complète qu'en 1648.

Bien que la chose paraisse en elle-même fastidieuse, nous croyons ne pas pouvoir nous dispenser de produire sons forme de tableau synoptique une partie des observations sur lesquelles nous avons fondé les considérations émises dans notre travail, et bien que nous ayions surtout en vue les cas de phimosis congénital non compliqué, ou les cas de phimosis accidentel qui peuvent être identifiés au premier, nous réunissons dans le même tableau les 50 cas différents de votre pratique sur lesquels nous avons consigné des notes précises.

OBSERVATIONS

1. — Th..., Elie, 35 ans. Entre le 17 décembre 1885, salle 1, n° 29. — Phimosis congénital; syphilis en avril 1885. Adénite inguinale très volumineuse; plaques anales, des joues et des lèvres. L'opération, exécutée le 7 mars, a duré huit minutes. 11 serres-fines. Pas de ligatures d'artérioles. 6 serres-fines enlevées le soir (1), 5 le lendemain matin. La réunion par première intention est complète; sauf 2 mill. de suppuration. 3 érections le jour de l'opération. Guérison le 10 mars. Durée du séjour : trois jours. A son départ de l'hôpital, la guérison est complète, la cicatrice linéaire est très régulière.

2. — B... Germain, 26 ans. Entre le 1er mars, salle 5, n° 2. — Phimosis congénital. L'opération, exécutée le 7 mars, a duré dix minutes. 14 serres-fines. 1 ligature au frein (fil de soie). 9 serres-fines enlevées le soir, 5 le lendemain matin. Bonne réunion. Erections répétées; le malade se lève le jour même de l'opération et descend dans la cour; le lendemain il y a désunion au niveau du frein, le reste est parfaitement réuni. Guérison le 10 mars. Durée du séjour: trois jours. A son départ de l'hôpital, il reste une petite surface bourgeonnante au niveau du frein; sans cette complication, le malade pouvait être considéré comme guéri le 10 mars.

3. — L.... Entre salle 5, n° 3. — Phimosis congénital. L'opération, exécutée le 12 mars, a duré douze minutes. 12 serres-fines. Pas de ligatures d'artérioles. 8 serres-fines enlevées le soir, 4 le lendemain matin. Bon état. Guérison le 16 mars. Durée du séjour : quatre jours. A son départ de l'hôpital, guérison complète.

4. — R... Joseph, 24 ans. Entre le 8 mars. — Phimosis congénital. L'opération, exécutée le 12 mars, a duré douze minutes. 14 serres-fines. Pas de ligatures d'artérioles. 8 serres-fines enlevées le soir, 6 le lendemain matin. Bon état; pas de gouttes de sang. Guérison le 17 mars. Durée du séjour : cinq jours. A son départ de l'hôpital, résultat très satisfaisant; cicatrice très régulière et peu apparente.

5. — D... Jules, 17 ans. Entre le 8 mars, salle 5, n° 4. — Phimosis congénital incomplet. Blennorrhagie depuis trois mois, écoulement peu abondant. Opération le 12 mars. 13 serres-fines. 1 ligature au frein. 8 serres-fines enlevées le soir, 5 le lendemain matin. Plaie en bon état; pas de sang. Guérison le 17 mars. Durée du séjour : cinq jours. A son départ de l'hôpital, bon résultat; bourrelet préputial seulement un peu œdémateux.

6. — S... Louis, 18 ans. Entre le 8 mars, salle 3, n° 19. — Phimosis congénital avec atrésie presque complète de l'orifice préputial; prépuce adhérent. L'opération, exécutée le 14 mars, a duré douze minutes. 14 serres-fines. 1 ligature au frein. 5 serres-fines enlevées le soir, 8 le lendemain matin; la serre-fine, placée au niveau

chez l'enfant est trop peu étendue pour que nous nous permettions de contester ce point. Mais chez l'adulte, nous la croyons infiniment préférable au catgut qui, résorbé par la partie profonde (s'il n'a pas coupé la muqueuse), tombe au douzième jour (page 42), c'est-à-dire alors que le malade traité par les serre-fines, est guéri depuis au moins six jours.

D'ailleurs est-il bien exact de dire que le catgut permet un affrontement plus exact que les serre-fines : nous ne le pensons pas, car nous n'obtenons pas dans un affrontement *bien fait* les croûtes de la ligne de suture dont parle l'auteur (page 47). Le principal argument contre l'emploi des serre-fines chez l'enfant, paraît consister :

1° Dans leur volume par rapport à l'organe opéré;

2° Dans la pression trop forte qu'elles peuvent exercer, si leur force n'est pas proportionnée à la délicatesse des tissus jeunes.

3° Dans l'indocilité et aux mouvements du malade qui peut entraîner leur chute. L'extrême rapidité de la réunion chez les enfants justifierait la serre-fine n'étaient ces inconvénients. En fait, nous pensons que pour l'adulte, il est facile de présenter la défense des serres-fines.

(1) En réalité, on devrait toujours enlever une partie des serres-fines le soir; si nous ne l'avons pas fait, c'est qu'il ne nous était pas toujours possible de revoir nos malades le soir.

Mais, tout en respectant ces belles manifestations de la charité ancienne, nous croyons qu'elles ne sont plus de notre temps.

Les hôpitaux modernes ne sont plus des temples d'Esculape, des Asclépieia; les malades n'y viennent plus demander la guérison avec force prières par le Dieu de la médecine, et force cadeaux pour ses ministres.

Il faut qu'une maison soit appropriée aux hôtes qu'elle doit recevoir et qu'il n'y ait pas un contraste affligeant entre les palais hospitaliers et les misères qu'ils abritent.

Nous avons mieux à faire, maintenant, qu'à aligner des colonnades somptueuses, ou à enguirlander des murailles quand il s'agit de soigner et de guérir les malades.

Des salles propres, bien ventilées, des bâtiments légers sont suffisants. Réservons nos ressources pour le confortable intérieur et le personnel hospitalier.

Que de trésors enfouis récemment dans nos hôpitaux monuments de Paris! et quels monuments! des masses de pierres informes où l'on cherche en vain un sentiment artistique.

L'HOSPITALISATION DES ENFANTS, A NAPLES

Le bel hôpital dispensaire pour les enfants (ospedale Lina) fondé par la duchesse de Raveschieri, il y a quelques années et l'hospice des Enfants-Trouvés, dit de l'Annunziata, sont les deux seuls établissements spécialement destinés au jeune âge dans cette cité.

Nous trouvons encore deux petites sections pour les Enfants malades au grand hôpital des incurables (ospedale degli incurabili) et à l'hôpital infectieux installé hors de la ville (ospedale Cotugno).

Il y a lieu de s'étonner que les services hospitaliers infantils de Naples soient si peu développés, et on peut ajouter, si peu avancés, quand on connaît l'insalubrité de certains quartiers et le paupérisme qui s'étale partout sans aucun déguisement.

Le Dr Comito, médecin du Consulat français auquel nous faisions part de nos réflexions sur ce sujet, nous a donné une explication très satisfaisante de cette situation anormale en apparence.

Le Napolitain est extrêmement attaché à ses enfants, ne veut à aucun prix s'en séparer et n'accepte pour eux le séjour de l'hôpital que s'il y est absolument forcé. — L'enfant est soigné tant bien que mal dans les taudis les plus sordides.

Cet attachement profond se reporte même sur les enfants d'adoption. Un grand nombre d'enfants abandonnés sont acceptés et élevés gratuitement par les pères nourriciers; ils sont conservés lorsque la famille est dans le dénuement. Nous lisons dans les bulletins statistiques de l'Annunziata, que les pères adoptifs ne cèdent qu'aux rigueurs légales pour rendre leurs pupilles. — Qui oserait blâmer des sentiments aussi respectables?

(A suivre.)

du frein, est laissée jusqu'au 17. Un peu de sang. Les adhérences du prépuce avaient nécessité, pendant l'opération, la dissection du revêtement épithélial du gland dans toute sa moitié droite. Guérison le 20 mars. Durée du séjour : six jours. A son départ de l'hôpital, le malade est guéri, mais le gland n'est pas encore complètement recouvert d'épiderme.

7. — M... Joseph, 25 ans. Entre le 4 mars, salle 4, n° 7. — Phimosis congénital, mais aggravé par des chancres simples avec bubon gauche suppuré; chancres datant de trois mois, actuellement cicatrisés. L'opération, exécutée le 16 mars, a duré six minutes 1/2. 11 serres-fines. Pas de ligatures d'artérioles. 6 serres-fines enlevées le soir, 5 le lendemain matin. Deux points suppurent légèrement. Au moment de l'opération, il existait un peu de balanoposthite. Guérison le 20 mars. Durée du séjour : quatre jours. A son départ de l'hôpital, guérison.

8. — L... Clément, 17 ans. Entre le 4 mars, salle 3, n° 17. — Phimosis congénital; blennorrhagie depuis six semaines; écoulement moyen; prépuce lardacé. L'opération, exécutée le 21 mars, a duré dix minutes. 10 serres-fines. 3 ligatures au fil de soie. 5 serres-fines enlevées le soir, 5 le lendemain matin. Suppuration de deux à trois jours; réunion complète le 27 mars. Adénite aiguë côté gauche; n'a pas suppuré, mais a retenu le malade à l'hôpital jusqu'au 10 avril. Guérison le 27 mars. Durée du séjour : six jours. A son départ de l'hôpital, guérison; cicatrice régulière et linéaire.

9. — G... Emile, 18 ans. Entre le 18 mars, salle 3, n° 24. — Phimosis congénital; balano-posthite intense. L'opération, exécutée le 21 mars, a duré neuf minutes. 13 serres-fines. 2 ligatures. 8 serres-fines enlevées le soir, 5 le lendemain matin. Réunion parfaite. Guérison le 27 mars. Durée du séjour : six jours. A son départ de l'hôpital, résultat excellent.

10. — D..., 20 ans. Entre le 15 mars, salle 3, n° 29. — Phimosis congénital lâche; prépuce excessivement long; orifice rétréci par l'écoulement blennorrhagique; cystite du col; uréthrite postérieure. Opération le 21 mars. 15 serres-fines. 2 ligatures (catgut). 6 serres-fines enlevées le soir, 9 le lendemain matin. Bonne réunion sur la plus grande partie de la circonférence. Guérison le 27 mars. Durée du séjour : six jours. A son départ de l'hôpital, réunion complète; résultat satisfaisant.

11. — B... Félix, 20 ans. Entre le 4 mars, salle 1, n° 10. — Phimosis accidentel avec chancre syphilitique sous-préputial datant de deux mois. L'opération, exécutée le 26 mars, a duré dix minutes. 14 serres-fines. 1 ligature. 9 serres-fines enlevées le soir, 5 le lendemain matin. Bon état. Un peu de suppuration du côté du frein à la suite de pansements insuffisants faits par le malade. Guérison le 9 avril. Durée du séjour : quatorze jours. A son départ de l'hôpital, guérison complète, sauf un léger point de suppuration vers le frein.

12. — D... Georges, 22 ans. Entre le 1er avril, salle 4, n° 24. — Paraphimosis, datant de 5 jours, réduit le 2 avril; phimosis étroit consécutif; blennorrhagie; écoulement abondant. L'opération, exécutée le 4 avril, a duré vingt minutes. 16 serres-fines. 4 ligatures et ligature en masse du frein. 8 serres-fines enlevées le soir, 6 le lendemain matin. Un peu de sang et un peu d'œdème provoqué par l'écoulement blennorrhagique. Ecoulement blennorrhagique abondant qui ne permet d'enlever les 2 dernières serres-fines que le 6 avril au soir. Guérison le 12 avril. Durée du séjour : huit jours. A son départ de l'hôpital, guérison.

(*A suivre.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

COMMENTAIRE DE LA NOUVELLE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Projet discuté et adopté par la Chambre des députés, dans ses séances des 17 et 19 mars 1891. (Journal Officiel des 18 et 20 mars 1891).

par le Dr F. DE RANSE
et A. LÉCHOPIÉ, avocat à la Cour de Paris.

(*Suite*) (1).

ÉTUDIANTS

FRANÇAIS ET ÉTRANGERS

ARTICLE 11.

Les internes des hôpitaux et hospices français, nommés au concours, et les étudiants en médecine dont la scolarité est terminée peuvent, sans avoir subi tous les examens, être autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou d'officiers de santé.

Aucune disposition semblable ne se rencontrait dans la loi de ventôse. Tout en comprenant le motif qui a déterminé cette innovation, on peut se demander si elle ne sera pas une nouvelle porte ouverte à l'abus. Va pour les cas exceptionnels et, en quelque sorte de force majeure, des épidémies; mais le droit formellement reconnu, à des étudiants non encore reçus, d'exercer la médecine d'une façon générale, et sans contrôle obligatoire, par cela seul qu'un docteur ou officier de santé quelconque l'aura jugé à propos, pour se faire remplacer, n'est-ce pas bien excessif? Le rapport du Comité consultatif d'hygiène dit bien, en effet, qu'il s'agit d'habiliter l'aide laissé à demeure auprès d'un malade, à exercer l'art médical en l'absence du praticien, son maître. Il est vrai que la loi parle d'une autorisation qui peut, à la rigueur, s'appliquer aux deux hypothèses prévues : l'épidémie et le remplacement; mais qui donnera cette autorisation et à quelles conditions sera-t-elle donnée? Le projet de la Commission auquel encore on a substitué l'article actuel proposé par M. Isambart disait que l'autorisation serait délivrée par le préfet du département, limitée à trois mois, et renouvelable dans les mêmes conditions. Voilà qui était au moins un peu plus précis, ce qui n'a pas empêché M. le président de la Chambre de déclarer que la rédaction de M. Isambart lui semblait préférable. Le paragraphe de la commission, relatif aux conditions de l'autorisation, ayant disparu, les termes du nouveau texte ne nous permettent cependant pas d'admettre qu'il en est de même du principe de l'autorisation, du moins pour les cas d'épidémies. Mais qui la délivrera, si elle demeure nécessaire? Il faudrait le demander à l'honorable M. Isambart que le sait peut-être. Il a dit à la Chambre que son amendement ne consistait que dans une simple interversion de mots et la Commission a déclaré accepter.

L'ancien état de choses n'était il pas préférable ? On admettait, en effet, que les étudiants en médecine, les internes et externes des hôpitaux, les élèves sages-femmes, ne tombaient pas sous les pénalités de la loi de ventôse, lorsqu'ils se bornaient à donner des soins provisoires et urgents, sous la direction d'un médecin : et ce n'était que lorsqu'ils sortaient de ces sages et prudentes limites qu'ils pouvaient être considérés comme commettant une infraction à la loi. (V. Cour de Paris, 15 mars 1865, *Gazette des Tribunaux*, 19 mars 1865; Briand et Chaudé, t. II, p. 318 ; Léchopié et Floquet, *Code des*

(1) Voir les numéros 14, 15, 16, 17 et 18.

médecins, 1re édition, p. 85.) Enfin, en cas d'épidémies, le concours des étudiants était fréquemment sollicité par l'autorité elle-même.

Les étudiants dont la scolarité est terminée, que vise l'article 11, sont ceux qui ont pris leurs 16 inscriptions.

Il est juste de reconnaître que l'on ne pourra plus avoir recours qu'à des étudiants présentant toutes les garanties possibles, mais enfin ce ne sont encore que des étudiants et il leur manquera généralement la pratique qui fait surtout le médecin. Il eût mieux valu cependant préciser plus nettement les conditions de leur emploi et le restreindre à certains cas d'urgence déterminés, autrement c'est risquer, avec les abus toujours inévitables, de créer un nouvel ordre de médecins, au moment où l'on déclare poursuivre l'unification des titres, dans l'intérêt général.

Les étudiants autorisés à exercer la médecine, conformément à l'article 11, pourront être Français ou étrangers, hommes ou femmes, la loi ne comportant aucune distinction et tous ayant d'ailleurs le droit de concourir pour l'internat des hôpitaux. (V. Léchopié et Floquet, *Code des médecins*, p. 24.)

ARTICLE 12

Les étudiants étrangers, qui postulent le diplôme de docteur en médecine visé à l'article 1er de la présente loi, sont soumis aux mêmes règles de scolarité et d'examens que les étudiants français.

Les diplômes et certificats d'études qu'ils ont obtenus à l'étranger peuvent être déclarés par les autorités compétentes équivalents aux diplômes exigés par les règlements pour l'inscription dans un établissement d'enseignement supérieur médical.

Études médicales. — La disposition contenue au 1er paragraphe paraît pouvoir se passer de tout commentaire. N'estelle pas superflue, puisque les mêmes conditions sont, en principe, imposées par le 1er paragraphe de l'article 10, même aux étrangers déjà reçus médecins dans leur pays ? La seule conséquence à en tirer, peut être l'abrogation de deux arrêtés ministériels des 23 novembre 1857 et 11 juillet 1866 qui décidaient que les élèves de l'École de médecine et de chirurgie de Bucharest ayant quatre années d'études dans cette école, pouvaient, après avoir subi avec succès le troisième examen devant une Faculté de médecine française, être autorisés à y prendre les quatre dernières inscriptions et aspirer au doctorat. La nouvelle loi semble effectivement exclure l'équivalence des études médicales.

Études préalables. — Le second paragraphe de l'article 12 décide spécialement, en ce qui concerne les études antérieures aux études médicales, que les étudiants étrangers pourront, à défaut des baccalauréats français exigés, faire prononcer l'équivalence des diplômes et certificats qu'ils auront obtenus chez eux, par les Facultés françaises, comme on l'a déjà vu vu plus haut, sous l'article 10, à propos des médecins reçus à l'étranger qui veulent obtenir le diplôme de docteur en France. Du rapport de M. Chevandier il résulte qu'il y a 700 étudiants étrangers inscrits rien qu'à Paris, et que, par suite, il est devenu impossible, comme le prescrivaient deux arrêtés des 24 juillet 1840 et 25 juillet 1841, de déférer la recherche des équivalences au Conseil supérieur de l'Instruction publique qui ne se réunit que trois fois par an. Enfin, dans le commentaire de l'article 10, auquel il y a lieu de renvoyer ici, nous avons rappelé qu'aux termes du décret du 2 août 1854, on ne pouvait jouir de la déclaration d'équivalence qu'à charge d'acquitter tous les droits d'inscriptions, d'examens et de diplôme qu'auraient payés les nationaux, sauf remises ou modérations à accorder par le ministre.

ABOLITION DU DOCTORAT
EN CHIRURGIE

ARTICLE 13

Le grade de docteur en chirurgie est et demeure aboli.

Nous n'avons qu'à renvoyer ici aux observations que nous avons déjà présentées sous l'article 1er auquel il nous paraîtrait plus logique de réunir l'article 13.

De fait, depuis de longues années, le grade de docteur en chirurgie avait cessé d'être brigué comme inutile. Il était tombé en désuétude, ne donnant pas d'autres droits que le doctorat en médecine et n'exigeant pas plus d'études.

Du commentaire de tous les articles précédents il résulte que le libellé du titre premier de la loi n'est pas parfaitement exact ni complet. Il serait plus correct et plus clair de le rédiger comme suit : Docteurs en médecine et en chirurgie. — Officiers de santé transitoirement maintenus. — Dentistes. — Sages-femmes. — Médecins dentistes et sages-femmes étrangers. — Étudiants français. — Étudiants étrangers.

TITRE II. — DISPOSITIONS GÉNÉRALES. — LE DOUBLE EXERCICE DE LA MÉDECINE ET DE LA PHARMACIE. — SYNDICATS MÉDICAUX. — MÉDECINS EXPERTS.

ENREGISTREMENT DES TITRES
ET DRESSÉ DES LISTES

ARTICLE 14

Les docteurs en médecine, les officiers de santé, les dentistes et les sages-femmes sont tenus, dans le délai d'un mois à partir du jour où ils ont fait élection de domicile, de faire enregistrer leur titre à la préfecture ou à la sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de leur arrondissement.

Le fait de porter son domicile dans un autre département oblige à un nouvel enregistrement du titre, dans le même délai.

Ceux ou celles qui, n'ayant jamais exercé ou n'exerçant plus depuis deux ans, veulent se livrer à l'exercice de leur profession, doivent également, et dans les mêmes conditions, faire enregistrer leur titre.

Cet article renferme, comme le suivant, de simples prescriptions administratives empruntées, avec de légères variantes seulement, à la loi de ventôse. Elles ont pour but de faire connaître exactement au public, à l'autorité judiciaire et à l'autorité administrative, les personnes qui ont le droit d'exercer l'art de guérir, et par conséquent de permettre de surveiller plus efficacement celles qui commettraient des actes d'exercice illégal de la médecine. Elles servent aussi à établir les intéressantes statistiques que dresse, à certains intervalles, le ministre, ce qui permet notamment de connaître les besoins médicaux des campagnes.

Les articles 24 et 34 de la loi de ventôse qui correspondaient à l'article 14 de la nouvelle loi ne parlaient que de l'enregistrement ou présentation du diplôme à la sous-préfecture et au greffe du tribunal. L'article 14 donne la faculté de faire enregistrer le titre soit à la préfecture, soit à la sous-préfecture, selon les cas. De fait, à Paris, l'enregistrement avait lieu à la préfecture de la Seine où il s'effectuait sans frais, et sans autres formalités que l'inscription à un registre spécial et une mention apposée sur le diplôme. Dans la Seine, il n'a été reçu au greffe du tribunal civil, aucun enregistrement de diplôme, depuis 1851, bien que de nombreux intéressés s'y soient présentés pour obéir aux prescriptions formelles de la loi. Il faut l'attribuer à ce que le greffier ne voulant pas procéder, sans une ordonnance préalablement rendue par le Président du tribunal, sur requête signée des intéressés, ceux-ci ne penvent se résoudre aux frais et aux formalités longues

et compliquées qu'on veut leur imposer (V. à ce sujet, Léchopié et Floquet, *Code des médecins*, 1re édition, p. 62.). Cette situation particulière que nous signalons à l'attention de qui de droit, pour y porter remède, était donc ignorée des auteurs de la loi?

L'article 14 ne s'explique pas sur le cas des dentistes non brevetés transitoirement maintenus. Il paraît y avoir là une lacune à combler. Bien qu'ils n'aient aucun titre, ne conviendrait-il pas de les astreindre également à des déclarations, aux mêmes fins que ci-dessus, à l'enregistrement de leur patente par exemple?

Quant aux médecins et sages-femmes autorisés, en vertu de conventions diplomatiques, à exercer dans les communes frontières, ils sont soumis, par les actes d'autorisation, à toutes les prescriptions de nos lois et règlements administratifs et par conséquent, nous ne pouvons que le décider à l'obligation de faire enregistrer les titres dont ils sont munis. En outre, au mois de janvier de chaque année, les gouvernements des pays limitrophes échangent l'état nominatif des praticiens établis dans les communes frontières, avec l'indication des branches de l'art de guérir qu'ils sont autorisés à exercer.

Les deux derniers paragraphes de l'article 14 ne figuraient pas dans dans la loi de ventôse.

Ils ont pour objet de suivre partout les praticiens et d'en bien tenir les listes à jour.

Nous ne pensons pas que la disposition du second paragraphe puisse conduire à décider que le nouvel enregistrement devra avoir lieu, non seulement pour le véritable changement de domicile, mais aussi pour le simple cas de résidence nouvelle, double ou multiple, même en vue d'y exercer l'art de guérir? (*A suivre*).

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

I. — Oblitération d'une vaste solution de continuité du crâne, par le procédé de König, par M. Schönborn. (*Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1891, n° 31, p. 369.)

II. — Un cas d'épilepsie corticale traumatique guérie après une vaste trépanation, suivie de la résection d'un fragment d'écorce cérébrale, par le Dr Benda, de Berlin. (*Ibidem*, n° 30, p. 354.)

III. — Cholédochotomie, par MM. Küster, Rehn, Braun. (*Ibidem*, n° 32, p. 381.)

IV. — Cholécystectomie combinée avec la cholécystentérostomie, par le Dr Sprengel. (*Ibidem*, n° 30, p. 354.)

V. — Gangrène spontanée et angiosclérose, par le Dr von Zoege (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 18, p. 627.)

(*Communications faites au 20e Congrès de la Société allemande de chirurgie.*)

I. — Dans un cas de perte de substance considérable de la paroi cranienne, M. Schœnborn a eu recours au procédé de Koenig, pour combler la solution de continuité. C'était chez un jeune homme de 18 ans, qui, au mois de juin de l'année dernière, avait été atteint au front par une manivelle en mouvement. Le choc avait entraîné une fracture compliquée du frontal, une plaie à l'occiput; hémorrhagie violente par la bouche et par le nez. La fracture était comminutive. A gauche le lobe frontal était fortement contusionné, en partie réduit en houillie. A droite la dure-mère était mise à nu; elle présentait une teinte bleuâtre. Il n'y avait pas de pulsations à ce niveau.

Les esquilles furent enlevées, et le chirurgien procéda à l'ablation partielle du tissu cérébral contusionné. On ne constata pas de paralysie, mais pendant les trois jours qui ont suivi l'accident le malade était très agité; il poussait des cris. Le calme revint ensuite et la convalescence ne fut troublée par aucun accident fâcheux. Fin juin le malade put quitter le lit. Dès le 21 juin, on avait enlevé le tampon qui protégeait la plaie; le sinus longitudinal qui se trouvait au-dessous était cicatrisé. La cicatrice, fortement adhérente au cerveau, était le siège de fortes pulsations. Par moments le malade avait du vertige en se baissant. La solution de continuité de la paroi cranienne, longue de 14 centimètres, large de 2 à 4, s'étendait sur toute la longueur de l'os frontal; elle était disposée de telle sorte que la coiffure appuyait forcément sur la cicatrice. Dans ces conditions une opération ostéoplastique s'imposait.

Le 18 novembre, M. Schœnhorn transplanta un lambeau formé par la peau et le périoste et une couche osseuse, long de 24 centimètres, large de 6, lambeau emprunté à la région pariétale des deux côtés. Pour détacher ce lambeau, il fallut préalablement sectionner le muscle temporal. Sur la plus grande partie de son étendue, il ne comprenait que la couche corticale de la paroi osseuse. Naturellement, cette couche osseuse s'enfonça en certains points, mais partout elle resta adhérente au périoste. L'extirpation de la cicatrice s'accompagna de l'issue d'une certaine quantité de liquide cérébro-spinal. La transplantation du lambeau réussit parfaitement; il en fut de même des deux tiers des bandelettes de peau qu'on greffa conjointement et qui se couvrirent d'un grand nombre de cheveux. Le 21 janvier, le malade quittait l'hôpital en état de complète guérison. Le 1er mars, on détacha les bandelettes de peau qui s'étaient couvertes de cheveux, pour les transplanter dans la région pariétale; on greffa de nouvelles bandelettes de peau dans les endroits mis à nu. On put ainsi se convaincre que partout l'ancienne solution de continuité était oblitérée par une couche osseuse dure.

A propos de ce cas, M. J. Wolff, de Berlin, a relaté l'observation d'un officier qui s'était tiré trois coups de revolver dans la région du front. Une des balles avait produit une fracture comminutive, sans pénétrer dans le cerveau. Après une suppuration qui dura des années, il subsistait au front une solution de continuité de plus de 2 centimètres de large, profonde, d'un aspect très laid. Pour remédier à cette difformité, M. Wolff a transplanté deux lamelles osseuses empruntées à la région avoisinante, et il a obtenu un résultat très satisfaisant. La peau du front est devenue parfaitement lisse, au siège primitif de la solution de continuité.

II. — M. Benda a pratiqué au mois d'octobre dernier une vaste trépanation ostéoplastique suivant le procédé de Wagner, au niveau du pariétal gauche, chez un sujet affecté d'une épilepsie corticale d'origine traumatique. Les accès d'épilepsie étaient survenus à la suite d'une chute sur le crâne, qui avait laissé comme traces apparentes une cicatrice de 11 centimètres de longueur sur 7 centimètres de largeur, située au-dessus de l'oreille gauche. On a employé la faradisation pour se renseigner sur le siège des centres moteurs à gauche. Au niveau de ces centres mis à nu on ne découvrait pas d'altérations pathologiques appréciables. M. Benda enleva dans une étendue correspondant à la surface d'une pièce de cinquante centimes une couche de substance corticale de 2 millim. 1/2 d'épaisseur. Il

fallut lier deux veines de la pie-mère. La plaie a été tamponnée avec de la gaze iodoformée. Le fragment osseux trépané fut remis en place; il s'est consolidé assez rapidement. Au sortir du sommeil anesthésique, le malade avait le bras droit complètement paralysé; les muscles extenseurs de la cuisse étaient parésiés. Vomissements fréquents. Cinq mois après l'opération, les résultats étaient très satisfaisants; la céphalalgie dont le malade souffrait dans le côté gauche de la tête avait disparu, ainsi que les accès convulsifs qui précédemment se répétaient jusqu'à deux fois par jour; l'état général était bon. De la paralysie motrice du côté gauche il ne subsistait plus qu'un peu de parésie de l'avant-bras; légers troubles de la sensibilité au niveau du bras et de la jambe.

III. — Une femme de 47 ans était, depuis deux années, sujette à de violents accès de coliques hépatiques; depuis deux mois elle avait de l'ictère. Les selles étaient presque entièrement décolorées. La simple palpation ne permettait pas de constater la présence de calculs biliaires dans la vésicule, mais le diagnostic de lithiase biliaire se trouvait mis hors de doute par la constatation de calculs dans les selles. En ouvrant la cavité abdominale, M. Küster trouva toute la partie inférieure du foie encastrée dans un tissu ferme, qu'il fallut sectionner avec l'instrument tranchant. Il mit ainsi à nu la vésicule biliaire qui était atrophiée. Le canal cystique logeait un calcul, en un point qui était enveloppé dans du tissu cicatritiel. Après avoir refoulé le foie de bas en haut, M. Küster incisa la gangue dure de tissu cicatritiel qui adhérait à la partie inférieure de la glande, il divisa les adhérences avec un instrument mousse et mit à jour le canal cholédoque dilaté. Il incisa ce conduit et en retira trois calculs. L'incision fut refermée avec des sutures en catgut d'abord. puis avec des sutures en soie. Tamponnement à la gaze iodoformée. Guérison. L'ictère disparut. Huit jours après l'opération, les selles avaient repris leur coloration naturelle. L'opération avait eu lieu au mois d'août, au mois d'octobre la malade était reprise de coliques hépatiques.

Le nombre des cas connus de cholédochotomie s'élève à 6. Le premier, opéré par Kümmel, s'est terminé par la mort du patient. Dans les cinq autres cas, l'opération s'est terminé favorablement.

M. Rehn, de Francfort, lors d'une cholécystectomie qu'il était en train de pratiquer, constata la présence d'un calcul dans le canal cystique, et de plusieurs autres situés plus profondément dans les canaux biliaires. Il incisa le cholédoque et réussit à extraire de ce conduit cinq calculs assez volumineux. L'incision fut recousue et les canaux biliaires abandonnés à leur propre sort dans la cavité abdominale, sans tamponnement. La marche ultérieur a été on ne peut plus satisfaisante.

M. Braun, de Kœnigsberg, a également pratiqué une cholédochotomie, chez une femme ictérique qui avait des accès de coliques depuis six mois. Le cas s'est terminé par guérison.

M. Kœrte à eu a intervenir dans trois cas d'oblitération du cholédoque. Naturellement il est allé à la recherche de l'obstacle qui entravait l'écoulement de la bile; cette tentative a toujours échoné, à cause des adhérences qui reliaient les canaux biliaires à la vésicule.

M. Lobker, dans un cas de rétention de bile dans la vésicule, a pratiqué la laparotomie; il est tombé sur une tumeur constituée par la vésicule biliaire, les canaux excréteurs dont les parois étaient fortement épaissies, une partie du duodénum et l'épiploon, le tout relié par des adhérences et confondu en une masse unique.

IV. — Chez une femme de 40 ans, sujette depuis très longtemps à de violents accès de coliques hépatiques, M. Sprengel pratiqua une laparotomie, pour mettre à nu la vésicule biliaire. Cette poche était modérément distendue par du liquide. Le canal cystique logeait une concrétion. M. Sprengel, croyant que celle-ci était logée dans le cholédoque, la saisit entre les deux doigts pour la refouler vers le duodénum. Cette tentative infructueuse n'aboutit qu'à rendre les accès de coliques plus fréquents. Une seconde opération devint nécessaire; à cause des vastes et solides adhérences qui s'étaient formées, la vésicule biliaire devint cette fois très difficile à isoler. Il fut reconnu d'ailleurs que le calcul était logé dans le canal cystique. M. Sprengel l'écrasa par malaxation et en refoula les fragments. Il extirpa la vésicule biliaire. En introduisant le doigt dans le hile du foie, il découvrit une autre concrétion qui fut également réduite en fragments par malaxation. Immédiatement, après le cholédoque, affaissé jusque-là, se trouva distendu par de la bile. Ce liquide venait sourdre par la ligature, du fait de la *vis a tergo*; il fallait donc lui frayer un libre écoulement. Dans ce but, une série de sutures furent établies entre les feuillets séreux du cholédoque et du duodenum, et ces deux conduits incisés, pour l'établisssement d'une fistule entre les deux.

L'évolution ultérieure a été absolument apyrétique. Les accès de coliques ne se sont pas reproduits. Le poids corporel de la malade a augmenté de douze livres.

L'auteur reconnaît que ce mode d'opérer, combinaison de la cholécystectomie et de la cholécystentérostomie, ne répond qu'à des indications limitées.

V. — M. von Zoege a observé, en l'espace de deux ans, 6 cas de gangrène spontanée répondant, eu égard à l'expression clinique, à la description faite par Winiwarter. Presque tous les malades avaient éprouvé pendant longtemps des douleurs qu'ils qualifiaient de rhumatismales. Ces douleurs s'étaient exaspérées progressivement, ne laissant plus que peu de rémissions; aussi les malades en avaient-ils été réduits à l'abus des narcotiques; ils étaient devenus morphinomanes. Puis, un peu plus tôt ou un peu plus tard, apparaissait une petite vésicule au niveau du lit de l'ongle, qu'on prenait presque toujours pour un panaris. La décoloration des tissus s'accentuait et la nature du mal devenait manifeste. Le plus souvent les malades ne reconnaissent aucune cause à leur mal; quelquefois ils accusent des refroidissements. Il a toujours été possible d'établir la non-intervention de la syphilis. Aucun des 6 malades n'avait de sucre dans ses urines. L'état général était très satisfaisant. L'âge des sujets était compris entre 34 et 40 ans. La plupart présentaient de l'artério-sclérose, à un faible degré d'ailleurs. Chez l'un, des varices des membres inférieurs préexistaient à la gangrène. De lésion cardiaque, il n'en existait chez aucun des six malades.

Cette gangrène spontanée peut guérir d'elle-même. La temporisation est donc justifiée au début du mal. Quant au reste, les traitements ressortissant à la thérapeutique conservatrice n'ont été d'aucun effet. L'intervention opératoire peut être commandée par des circonstances très diverses : le marasme progressif, les suites du morphinisme, les conséquences d'un alitement prolongé. Dans le choix du procédé, il faut prendre en considération les vaisseaux sur lesquels on croit pouvoir compter pour subvenir à la nutrition du moignon. Dans ces derniers temps, on en était venu à donner la préférence à l'amputation de la cuisse. L'auteur, en se fondant sur les résultats de ses recherches anatomiques, a tenté avec succès l'amputation au niveau du genou. Des essais d'injection

faites sur nn membre amputé sur la longueur du fémnr ont fourni la prenve que les vaisseaux étaient suffisamment intacts ponr que l'on pût avec succès faire l'amputation au niveau du genou. Les résultats cliniques ont confirmé ces prévisions. En fait de procédé opératoire, l'auteur donne la préférence à celui de Gritti.

M. Braun est d'avis que le climat joue un rôle dans l'étiologie de la gangrène spontanée. Celle-ci est extrêmement rare dans l'Allemagne du centre, tandis qu'à Konigsberg M. Braun a eu l'occasion d'observer, en un court espace de temps, 4 exemples de l'affection en question.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Clinique chirurgicale, par U. Trélat. Leçons publiées par les soins de M. Pierre Delbet avec une préface de M. Paul Segond. — 2 gros volumes. Paris, librairie J.-B. Baillière, 1891.

M. Trélat a exercé sur la chirurgie de son époque une influence considérable; son autorité était grande dans les Sociétés savantes et dans son enseignement. Qui ne se souvient des matinées du mercredi où les élèves et chirurgiens se donnaient rendez-vous dans l'amphithéâtre de la Charité. Qui ne se rappelle les admirables leçons où cet éminent maître savait si bien saisir les points d'une question controversée sans jamais s'égarer dans des considérations accessoires.

S'adressant au public d'élite que composait son auditoire habituel à l'hôpital, il savait reprendre et discuter avec une habileté infinie, certaines questions pendantes à la Société de chirurgie, pour en dégager une formule claire et précise.

Trélat était également un clinicien consommé et chacun de nous se rappelle les diagnostics « fins » qu'il aimait à discuter avec tant d'art devant ses auditeurs.

Aussi avec quelle douleur avons-nous appris sa mort, même ceux qui n'avaient pas eu l'honneur d'être ses élèves ou ses amis. Bien que le vide qu'il a laissé au milieu de nous soit irréparable, néanmoins ses disciples ont eu la généreuse et touchante pensée de le faire revivre avec nous par le passé. Trélat avait su heureusement grouper autour de lui l'élite de la génération actuelle. Aussi l'œuvre posthume qu'ils se sont proposé de faire est-elle digne du maître disparu. Nous ne pouvons que les féliciter et en première ligne notre ami, le Dr Delbet, qui a su si bien grouper tous les documents dont il était dépositaire. La tâche était particulièrement difficile, mais nous sommes heureux de reconnaître que leur désir de traduire avec fidélité les pensées de leur maître n'a pas été déçu. J'ai parcouru ardemment les deux volumes de cet ouvrage et je dois dire que, pour ma part, j'y ai le plus souvent retrouvé les leçons que j'avais entendues moi-même et ressenti les impressions du premier moment.

Je ne puis donc que recommander la lecture de cet ouvrage à ceux qui ont connu, aimé et honoré Trélat.

Je le recommande également à tous, car la bonne distribution des leçons et la multiplicité des sujets auxquels Trélat a touché, font de ce recueil nn véritable et excellent traité de pathologie et de thérapeutique chirurgicale.

BULLETIN

LA MÉTHODE DE BRANDT DEVANT LES MÉDECINS DE LYON

On sait que la méthode allemande, dite de Brandt, n'a jamais joui d'une grande faveur auprès de la majorité des médecins français et qu'elle n'a pu se généraliser chez nous, en dépit des efforts sincères de quelques enthousiastes. Les médecins lyonnais ont fait exception et, parmi eux, le plus grand nombre adhèrent aux pratiques instituées par le médecin de Stettin et en ont fait la base du traitement de la fièvre typhoïde. Un des plus convaincus, M. le Dr Bouveret, a déjà affirmé sa foi en maintes circonstances, et nous lui devons la publication de plusieurs mémoires consciencieux, véritables plaidoyers empreints de l'éloquence des faits, qui constituent certainement un appoint extrêmement sérieux en faveur de la cause que notre collègue défend. Il y a plus de dix ans que M. Bouveret applique le bain froid au traitement systématique des typhiques, et sa conviction de la première heure paraît être restée entière. Nous en trouvons la preuve dans le dernier volume qu'il vient de publier dans le journal : « *Lyon médical* ».

Ce travail a pour objet principal l'étude de 100 cas de fièvre typhoïde traités à l'hôpital de la Croix-Rousse, d'après le système de Brandt. La proportion de 3 0/0, qui représente la mortalité de cette série imposante, est évidemment le chiffre le plus bas qui ait été atteint jusqu'à ce jour dans le traitement d'une maladie longtemps réputée pour sa gravité particulière. Ecartant d'avance toute objection tirée du hasard on de la possibilité d'une série heureuse, M. Bonveret n'hésite pas à porter tout entier le résultat exceptionnel à l'actif du traitement. Il est vrai que, entre ses mains, celui-ci a quelque peu perdu de son caractère systématique et rigide, et qu'il est devenu un instrument thérapeutique souple et docile, pouvant s'appliquer aux indications spéciales qui naissent de la variété des cas particuliers. C'est ainsi que, à ses yeux, les considérations tirées de l'état antérieur du sujet, de la forme et de l'intensité de la fièvre, de la période de la maladie, de l'existence et de la nature des complications, doivent être la base de l'appréciation du médecin et le point de départ des modifications à intervenir dans le nombre, la durée et la température des bains administrés quotidiennement. Suivant lui, il faut avant toute chose que le praticien reste les yeux fixés sur deux considérations principales : savoir les modifications de la sécrétion urinaire et l'évolution naturelle de la fièvre.

Dans le premier ordre de faits, on observe presque toujours, à la suite du bain froid donné de bonne heure et opportunément une amélioration de l'excrétion urinaire qui devient moins abondante, moins colorée et qni cesse rapidement de contenir de l'albumine. Ces modifications trahissent suffisamment, aux yeux de M. Bouveret, l'influence tempérante et modératrice du bain froid sur l'usure fébrile de l'organisme. Quant au cycle fébrile lui-même, l'examen des tracés montre que, sous l'influence des bains froids, il prend des caractères, propres aisément reconnaissables à un œil quelque peu exercé : abaissement général et uniforme du niveau thermique, diminution visible des oscillations quotidiennes, abréviation totale de la période hyperthermique. La défervescence est par là notablement avancée, l'apyrexie rendue plus solide, deux résultats également profitables à la convalescence qui représente précisément la phase de réparation des déchets et pertes subis par l'organisme sous l'influence du processus fébrile, caractéristique de la grande pyrexie infectieuse.

En résumé, suivant M. Bouveret, un typhique régulièrement traité par la méthode des bains froids réalise déjà de ce fait

un bénéfice considérable. Mais il ne faudrait pas croire que, pour notre collègue lyonnais, tout le traitement soit enfermé dans cette formule étroite de la réfrigération systématique et qu'on devra faire table rase de tout le reste. Loin de là, il se préoccupe avec sollicitude des autres indications et particulièrement de celle qui se rapporte à l'alimentation, cette chose importante, capitale, qui, chez tous les malades sans exception, doit marcher de pair avec l'emploi des moyens propres à enrayer la combustion fébrile. Dès le début, il nourrit son malade, de préférence avec le lait, cet aliment par excellence des fébricitants, et il intervient par les toniques du cœur, dès l'instant où apparaissent les signes qui révèlent l'adynamie et l'affaiblissement de cet organe. Il se préoccupe aussi des phénomènes intestinaux vis-à-vis desquels il préconise l'emploi de la réfrigération locale et permanente. On voit par ce bref exposé, que la méthode de Brandt a cessé, entre les mains de notre collègue de Lyon, d'être la méthode exclusive et rigide que l'on se figure encore dans quelques milieux et qu'elle a perdu le caractère d'uniformité dont on lui a souvent fait un reproche. La science des indications, ce fondement de toute thérapeutique rationnelle, est sauvegardée dans ce qu'elle a d'essentiel, assez pour mettre en jeu pour ainsi dire à chaque instant le tact et le bon sens du médecin.

Les conclusions de M. Bouveret, auquel une expérience longue et sincère confère une grande autorité, seront-elles acceptées par la généralité des médecins, demeurés jusqu'à présent incrédules et défiants, sinon hostiles en présence des faits qui s'accumulent chaque jour, depuis près de vingt ans? On peut en douter, principalement pour les médecins parisiens qui se mettent volontiers en garde contre les nouveautés, surtout contre celles qui sont d'origine étrangère. Un des arguments principaux que l'on invoque volontiers parmi eux contre la méthode de Brandt est tiré de l'uniformité de cette méthode et de l'impossibilité de concilier celle-ci avec la variété des cas particuliers qui constituent précisément le fond de l'observation quotidienne. Un maître éminent, M. Potain, exprimait récemment cette opinion dans une de ses leçons cliniques, en disant qu'il est irrationnel de vouloir soumettre tous les individus atteints d'une même maladie à un traitement identique.

Mais semblable objection avait déjà été opposée jadis à l'emploi de la saignée et du tartre stibié, deux médications qui ont joui à une certaine époque d'une vogue comparable à celle du système de Brandt. Cependant il semble que le reproche adressé à ce dernier n'a plus la même raison d'être, quand on voit ce qu'il peut être et les services qu'il peut rendre, manié par des mains prudentes et habiles.

C'est ainsi que l'on trouvera peut-être prochainement un moyen terme entre ses détracteurs et ses partisans déclarés, absolus. Cette opinion moyenne pourrait être résumée dès aujourd'hui dans la formule suivante : Le bain froid est nécessaire, indispensable, dans certaines formes graves de fièvre typhoïde vis-à-vis desquelles les autres médications sont convaincues d'impuissance. Il constitue encore une ressource très précieuse dans une autre catégorie de cas où la gravité de la maladie ne s'affirme pas d'emblée, mais au fur et à mesure de son évolution. Il est inutile, superflu vis-vis d'un troisième groupe de cas, les plus nombreux peut-être à l'heure actuelle, où la maladie tend naturellement à la guérison et où l'expectation pure et simple paraît être la règle de conduite la plus rationnelle. Telle est la formule que nous proposerions volontiers, comme une sorte de compromis exprimant l'opinion actuellement dominante à l'Ecole de Paris. Mais cette formule, nous devons le reconnaître, a peu de chances de trouver accueil auprès des partisans de Brandt, qui joignent volontiers à une conviction sincère un exclusivisme à peu près absolu.

P. Muselier.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour trois places de médecin des hôpitaux de Paris s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Mathieu, Delpeuch et Lermoyez.

— Le deuxième concours pour deux places (médecine) s'ouvre mardi prochain 12 mai.

— **La Société française d'Hygiène** avait mis au concours pour 1891 la question : « *Des soins à donner, avant l'arrivée du médecin, aux personnes victimes d'accidents sur la voie publique ou dans les travaux industriels.* »

Vingt-sept mémoires, tous très bien exposés, ont été envoyés au Concours. La Commission du Jury d'examen, présidée par M. le Professeur Peter, vient de décerner les récompenses suivantes :

Médailles de vermeil.

Dr A.-F. Plicque, médecin-adjoint de la Compagnie du Nord, ancien interne des hôpitaux (n° 7.)

M. Henri C. Boudaille, externe des hôpitaux, ancien interne des Ambulances urbaines (n° 19).

Médailles d'argent.

Dr A. Courtade, ancien interne des hôpitaux de Paris, à Thiers (Puy-de-Dôme) (n° 17.

M. A. Quinard, pharmacien de 1re classe, membre du Conseil d'hygiène de Beaune (Côte-d'Or) (n° 3).

Médailles de bronze.

Dr Marca Venanti, à Florence (Italie) n° 24).

Dr Séjournet, lauréat de l'Académie de médecine, à Revin (Ardennes) (n° 12).

Dr O. Saintu, à Paris (n° 6).

M. H.-B Larenaudie, élève en pharmacie, à Tulle (Corrèze) (n° 23)

Dr Luigi Gasparini, à Gannaziga, province de Bergame (Italie) n° 9.

Enseignement médical libre. — Hopital de la Pitié. M. Albert Robin. — *Lundi et Samedi.* Examens de malades nouveaux. Leçons cliniques au lit du malade.

Mercredi. Conférence de chimie pathologique au laboratoire.

Jeudi. Leçons cliniques

Hôpital Lourcine-Pascal. — Conférences de gynécologie clinique et opératoire. — M. le Dr Pozzi commencera le cours le lundi 11 mai, et le continuera les lundis suivants à la même heure.

Hopital Bichat. — **Leçons de clinique et de thérapeutique.** — M. Henri Huchard commencera ses leçons à l'hôpital Bichat le *Dimanche* 3 *mai à dix heures très précises*, et les continuera les *Dimanches* suivants à la même heure.

Objet du cours : Médecine pratique.

— Diagnostic et traitement des maladies. — Mode d'administration et posologie des médicaments.

Lundi, conférence de séméiologie, salles Louis et Bazin. — *Mardi* et *Vendredi*, consultations externes. — *Mercredi* et *Samedi*, visite des malades nouveaux, à 9 heures 1/2. — *Jeudi*, consultation pour les maladies du cœur; travaux pratiques dans les laboratoires de thérapeutique et d'anatomie pathologique.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — Fête de l'Ascension. — *Billets d'aller et retour à prix réduit.* — La Compagnie voulant faciliter les voyages sur son réseau à l'occasion de la fête de l'Ascension a décidé que les billets d'aller et retour ordinaires prévus par son tarif spécial G. V. n° 4 qui seront délivrés par ses gares les 6, 7 et 8 mai 1891, seront tous indistinctement valables jusqu'aux derniers trains de la journée du lundi 11.

Cette validité pourra être prolongée à deux reprises et de moitié (les fractions de jour comptant pour un jour) moyennant le paiement pour chaque prolongation d'un supplément égal à 10 0/0 du prix du billet.

Les billets d'aller et retour délivrés de ou pour Paris, Lyon et Marseille conserveront leur durée normale de validité lorsqu'elle sera supérieure à celle fixée ci-dessus.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Les iodures et la thérapeutique, memento pratique, par L. Foucher, d'Orléans.

En 1876, dans le cinquième volume de la première série du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, M. Charcot disait timidement, à propos des maladies de l'aorte : « l'iodure de potassium, entre les mains de M. le professeur Bouillaud, aurait amené la disparition complète d'un anévrisme de l'aorte. D'après Chuckerbutty (de Calcutta), ce médicament serait quelquefois capable de rendre de grands services dans le traitement de cette affection ».

Cette mention, émise sous une forme dubitative, s'est transformée en une affirmation nette et précise depuis la publication des travaux de laboratoire et de clinique de MM. Germain Sée et Lapicque, les derniers en date et les plus complets en la matière. Des observations de ces praticiens et d'autres travaux analogues, publiés par MM. Dujardin-Beaumetz, Huchard, Green, Feltz, Ritter, etc., il résulte que les médecins ont, dans l'iodure de potassium et dans l'iodure de sodium, des ressources précieuses contre toute une série de maladies vasculaires, trop longtemps considérées comme rebelles à la thérapeutique active (affections du cœur et des gros vaisseaux, angine de poitrine, etc.).

Ces indications nouvelles de la médication iodée, jointes aux vieilles indications classiques du traitement par les iodures, M. Foucher les a impartialement notées dans une brochure fort intéressante. Iodure de fer, iodure de potassium, iodure de sodium, tels sont les titres des trois chapitres de ce memento pratique ; à chacun d'eux correspond un tableau des maladies contre lesquelles ces composés ont été employés efficacement, avec les noms des praticiens qui en ont constaté les effets curatifs. L'opuscule de M. Foucher permet de juger le progrès accompli dans la médication iodée depuis l'année 1836, date des premières recherches de Wallace sur l'action de l'iodure de potassium.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 26 AVRIL AU 2 MAI 1891.

Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 1. — Rougeole, 33. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 8. — Diphtérie, croup, 32. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 214. — Autres tuberculoses, 34. — Tumeurs cancéreuses et autres, 48. — Méningite, 30 — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 56 — Paralysie, 9. — Ramollissement cérébral, 13. — Maladies organiques du cœur, 82. — Bronchite aiguë et chronique, 69. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 124. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 43. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 31. — Sénilité, 36. — Suicides et autres morts violentes, 37. — Autres causes de mort, 233. — Causes inconnues, 9. — Total 1168

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE REDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F DE RANSE
Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).
Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA PITIÉ. — SERVICE DE M. POLAILLON.

FIBROME DE LA RÉGION INGUINALE DROITE,

(*Observation recueillie par* M. MAYET, *interne*).

La nommée D..., âgée de 25 ans, entre dans le service de M. Polaillon, le 14 avril 1891, pour une tumeur dans la région inguinale droite.

Aucun antécédent morbide personnel ou héréditaire. Mariée à 20 ans, elle eut, deux ans après, une grossesse normale et un accouchement naturel. Mais quelques semaines après cet accouchement, elle fut atteinte d'une métrite, qui guérit au bout de quelques mois.

Il y a un an, la malade ressent des douleurs dans le bas ventre et en faisant un badigeonnage avec la teinture d'iode, elle reconnait l'existence d'une tumeur, grosse comme une noisette, donnant la sensation d'une bille roulant sur la peau, située à la partie supérieure et externe du pli de l'aine. Cette petite tumeur, qui était à peu près indolente, reste stationnnaire jusqu'au mois de septembre de l'année dernière. Mais à partir de cette époque, elle devient doulonreuse et augmente de volume.

Lors de l'entrée à l'hôpital, on constate une tumeur ovoïde grosse comme un œuf de dinde, dont le grand axe est parallèle à l'arcade de Fallope. Elle a une consistance dure, une surface lisse, et la peau, qui n'est pas altérée, glisse facilement sur elle. Elle n'est pas réductible. Elle semble adhérer aux couches profondes de la paroi abdominale, et comme certaines tumeurs de cette région, il est possible qu'elle tienne par une pédicule ou périoste de la crête iliaque.

L'exploration de cette tumeur est douloureuse. Et les douleurs se produisent, non seulement sous l'influence de la pression, mais encore spontanément sous forme d'élancements très pénibles, surtout à l'époque des règles. Pendant les règles il semble à la malade que sa tumeur augmente de volume.

Le toucher vaginal montre que les culs-de sacs sont libres, que l'utérus est mobile, un peu sensible à la pression. En combinant le toucher vaginal avec la palpation abdominale dans la région où siège la tumeur, on sent que celle-ci ne dépend par des annexes de l'utérus.

La malade a eu quelquefois des crises d'hystérie. Elle est atteinte d'hémorrhoïdes et de constipation habituelle. Mais elle est, d'ailleurs, bien portante, et n'a pas maigri.

Le diagnostic de M. Polaillon fut celui de *fibrome de la paroi abdominale*, adhérent probablement au péritoine.

Opération. — M. Polaillon enleva cette tumeur le 16 avril. L'opération fut faite dans le pavillon d'ovariotomie, parce qu'elle pouvait nécessiter l'ouverture du péritoine dans une étendue plus ou moins considérable.

Une incision, de 10 centimètres environ, est faite à partir de

---

FEUILLETON

LES HOPITAUX D'ENFANTS EN ITALIE

Rapport adressé à Monsieur le Ministre de l'Intérieur

Par le Dr G. VARIOT

Médecin des hôpitaux de Paris

chargé d'une mission spéciale en date du 10 Septembre 1890

(*Suite*) (1).

I

OSPEDALE LINA.

Fondé et entretenu par la duchesse de Raveschieri.

Cet hôpital-dispensaire, dû à la munificence de la duchesse de Raveschieri, est aménagé d'une manière confortable et conforme aux exigences de l'hygiène moderne.

L'*ospedale Lina* est placé dans une situation excellente et salubre, à peu près à mi-côte des montagnes sur lesquelles la ville de Naples est construite en amphithéâtre. Des fenêtres de la grande façade, on découvre le golfe dans toute son étendue depuis le cap Misène jusqu'à Sorrente ; la profilation vaporeuse de Capri et de Procida apparaît au loin.

Les enfants recueillis dans cette maison ont tous les avantages du climat marin tempéré.

Les salles spacieuses et largement éclairées sont d'une propreté anglaise, insolite à Naples.

La literie, les parquets sont irréprochables, les murs sont peints à l'huile pour être commodément lavés.

Sur l'un des panneaux, nous avons remarqué un médaillon représentant les traits gracieux d'une jeune fille ; c'est un pieux hommage de la duchesse à la mémoire de sa fille Lina, enlevée trop tôt à son affection.

La généreuse fondatrice veille elle-même à la bonne tenue de son hôpital ; elle a décoré la chapelle de ses propres mains.

Nous extrayons d'une lettre que Madame la duchesse de Raveschieri, nous a fait l'honneur de nous adresser des détails qui con-

(1) Voir les nos 18 et 19.

l'épine iliaque antérieure et supérieure dans la direction de l'arcade crurale et un peu au-dessus de cette arcade. Ce n'est qu'après avoir incisé l'aponévrose du grand oblique, que M. Polaillon rencontre la tumeur. Il est facile de l'isoler dans ses parties superficielles. Mais, dans ses parties profondes, elle se confond avec les fibres du muscle transverse, qu'il faut couper, ainsi que des tractus fibreux émanant des parties voisines. Le péritoine recouvre directement sa face interne. On peut le disséquer, sans l'ouvrir, sous la forme d'un mince feuillet à travers lequel on voit les anses intestinales.

Deux plans de suture, l'un profond avec fils de catgut, l'autre superficiel avec fils de crins, ferment la plaie. Pansement de Lister.

Les suites opératoires sont excellentes. Réunion immédiate. L'opérée sort guérie le 28 avril.

L'examen de la tumeur montre qu'il s'agit d'un fibrome, mais d'un fibrome un peu mou, tendant à se transformer en sarcome. De telle sorte que M. Polaillon fait quelques réserves au point de vue du pronostic et de la possibilité d'une récidive. Les douleurs, dont la tumeur était le siège, viennent encore confirmer ces réserves, car elles ne sont pas habituelles dans le cas de fibromes francs.

CHIRURGIE PRATIQUE

DE LA CIRCONCISION ENVISAGÉE PRINCIPALEMENT CHEZ L'ADULTE. — MANUEL OPÉRATOIRE ET PRATIQUE SIMPLIFIÉE DE L'OPÉRATION. — SOINS PRÉLIMINAIRES ET CONSÉCUTIFS (1).

Par le Dr Paul Thiéry.
Prosecteur de la Faculté.

(*Suite*) (1)

13. — B... Julien, 19 ans. Entre le 8 mars, salle 2, n° 3. — Phimosis accidentel; chancres syphilitiques sous-préputiaux datant de cinq semaines. L'opération, exécutée le 4 avril, a duré dix minutes. 15 serres-fines. 2 ligatures. 3 serres-fines enlevées le soir. 7 le lendemain matin. Un peu de sang; on laisse les 5 dernières serres-fines jusqu'au 6; bonne réunion. Guérison le 7 avril. Durée du séjour : trois jours. A son départ de l'hôpital, guérison complète.

(1) Voir *Gazette médicale*, 1891, n° 16, 17 18 et 19.

14. — M... Emile, 28 ans. Entre le 15 mars, salle 3, n° 22. — Phimosis congénital incomplet; blennorrhagie datant de deux mois; balano-posthite; chancre sous-préputial; adénite volumineuse. L'opération, exécutée le 9 avril, a duré dix minutes. 16 serres-fines. 2 ligatures. 3 serres-fines enlevées le soir, 11 le lendemain matin. Muqueuse très épaissie et lardacée le jour de l'opération; bonne réunion. 2 serres-fines ont été laissées en place plusieurs jours par inadvertance. Guérison le 16 avril. Durée du séjour : sept jours. A son départ de l'hôpital, guérison.

15. — H... Antoine, 30 ans. Entre le 5 avril, salle 2, n° 1. — Phimosis accidentel; chancres simples du limbe de sept semaines; blennorrhagie; adénopathie gauche volumineuse non douloureuse. Opération le 8 avril. 14 serres-fines. 6 ligatures (catgut). 6 serres-fines enlevées le soir, 5 le lendemain matin. Réunion contrariée par l'écoulement blennorrhagique qui souille la plaie. Les 3 dernières serres-fines sont enlevées le 10; le 14 avril, le côté droit se désunit; plaie abandonnée à elle-même. A son départ de l'hôpital, échec momentané.

16. — P... Léon, 28 ans. Entre le 11 mars, salle 2, n° 2. — Phimosis accidentel; chancre syphilitique sous-préputial siégeant vers le frein, datant de trois semaines; blennorrhagie datant de trois semaines. L'opération, exécutée le 13 avril, a duré dix minutes. 17 serres-fines. Pas de ligatures d'artérioles. 7 serres-fines enlevées le soir, 6 le lendemain matin. Assez bonne réunion; les 4 dernières serres-fines sont enlevées le 14. Guérison le 26 avril. Durée du séjour : treize jours. A son départ de l'hôpital, guérison.

17. — N... Victor, 22 ans. Entre le 22 mars, salle 2, n° 9. — Phimosis accidentel; chancres simples multiples du limbe datant de huit jours avec chancre du filet de un mois. Opération le 16 avril. 16 serres-fines. 1 ligature (catgut). 8 serres-fines enlevées le soir, 5 le lendemain matin. Les 2 dernières serres fines sont enlevées le 18. Guérison le 21 avril. Durée du séjour : cinq jours. A son départ de l'hôpital, guérison.

18. — L... Eugène, 23 ans. Entre le 29 mars, salle 4, n° 22. — Phimosis consécutif à un paraphimosis, datant de deux jours, réduit lors de l'entrée; blennorrhagie datant de trois semaines. L'opération, exécutée le 25 avril, a duré dix-huit minutes. 13 serres-fines. 1 ligature. 7 serres-fines enlevées le soir, 6 le lendemain matin. Excellente réunion. Guérison le 27 avril. Durée du séjour : deux jours. A son départ de l'hôpital, guérison complète; la cicatrice est à peine apparente.

19. — A... Guillaume, 42 ans. Entre le 22 avril, salle 3, n° 22. —

cernent la fondation et le fonctionnement de l'ospedale Lina.

« Cette œuvre est née d'une grande douleur. La perte de ma seule enfant Lina, une chère et adorable créature qui n'a vécu que 12 ans pour aimer, pour souffrir, pour répandre autour d'elle des trésors de grâce et de bonté.

« L'hôpital pour petits infirmes et malades chirurgiques, fut ouvert en 1880 avec 30 lits. Il y en a aujourd'hui 88 et le Dispensaire panse tous les jours des centaines d'enfants.

« Les ressources particulières que nous appelons patrimonio, que l'œuvre possède, sont de 200,000 fr. Son bilan avec les ressources éventuelles est de 32 à 34,000 francs par an.

« Nous avons le professeur Galozzi, comme directeur et chirurgien en chef de l'hôpital. Un sous-directeur et quatre chirurgiens desservent encore l'hôpital. Je viens de faire acquisition d'un grand terrain qui me permettra, si Dieu bénit mes espérances, d'agrandir énormément la maison et de construire de nouvelles salles qui auront toujours la même vue et le même soleil. »

L'ospedale Lina est donc un hôpital-dispensaire spécialement réservé aux affections chirurgicales de l'enfance.

Dans aucun cas, les maladies contagieuses ne sont admises.

Nous avons parcouru avec l'éminent professeur Galozzi, le service d'hospitalisation qu'il dirige. Les petites filles occupent un étage, les petits garçons, l'autre. — Les salles communiquent de plain-pied avec des terrains qui ont vue sur la mer. On laisse jouer sur ces terrasses, les petits convalescents, lorsque le soleil n'est pas trop ardent.

D'après le professeur Galozzi, la pierre serait une affection chirurgicale très commune chez les enfants à Naples. La fréquence des calculs vésicaux se rattacherait peut-être à la qualité des eaux.

Quoi qu'il en soit, nous avons vu une vitrine entièrement garnie de pierres de volume variable et provenant toutes, des malades de l'hôpital.

Des sœurs de Saint-Vincent de Paul, quelques-unes d'origine française, soignent et surveillent les petits patients.

II

L'ANNUNZIATA (L'ANNONCIATION).

Hospice des Enfants-Trouvés de Naples.

Cet hospice doit son nom à l'église de l'*Annunziata* dont il paraît être une ancienne dépendance.

Phimosis congénital; orifice préputial très étroit. Opération le 27 avril. 12 serres-fines. Pas de ligatures d'artérioles. 2 serres-fines enlevées le soir, 5 le lendemain matin. La réunion ne peut avoir lieu par première intention. La muqueuse, excessivement épaisse, n'a pu être renversée; le 29, on enlève 4 serres-fines: la dernière est enlevée le 1er mai. Guérison le 7 mai. Durée du séjour: dix jours. Médiocre à son départ de l'hôpital, le résultat éloigné a été bon.

20. — D... Paul, 23 ans. Entre le 15 avril, salle 1, n° 11. — Phimosis accidentel; chancre syphilitique sous-préputial et chancre du limbe; écoulement abondant; adénopathie inguinale. Opération le 1er mai. 13 serres-fines. Pas de ligatures d'artérioles. 4 serres-fines enlevées le soir, 9 le lendemain matin. Bonne réunion, mais anévrysme diffus. Epanchement considérable résultant d'une hémorrhagie interstitielle; incision et curage des caillots le 5e jour. Guérison le 7 mai. Durée du séjour: six jours. A son départ de l'hôpital, guérison incomplète; il reste seulement un peu d'épanchement sanguin sous-cutané.

21. —B... Charles, 28 ans. Entre le 17 mai, salle 5, n° 3. — Phimosis congénital lâche. Opération le 18 mai 17 serres-fines. 2 ligatures. 9 serres-fines enlevées le soir, 6 le lendemain matin. Bon état et bonne réunion malgré un peu de sang dans le pansement. Erections la nuit; le lambeau cunéiforme désuni est excisé; les 2 dernières serres-fines sont enlevées le surlendemain. Guérison le 28 mai. Durée du séjour: dix jours. A son départ de l'hôpital, bonne réunion; deux petits points bourgeonnants sont incomplètement cicatrisés.

22. — C... Eugène, 27 ans. Entre le 24 mai, salle 4, n° 17. — Phimosis accidentel; blennorrhagie aiguë (treize jours): douleurs en urinant. Opération le 14 juin (crins de Florence). 9 points de suture. Pas de ligatures d'artérioles. On enlève tous les points de suture le surlendemain. Bonne réunion; un peu de gonflement. Guérison le 22 juin. Durée du séjour: huit jours. A son départ de l'hôpital, guérison complète.

23. — P... Eugène, 18 ans. Entre le 7 juin, salle 3, n° 30. — Phimosis congénital; balano-posthite; blennorrhagie à répétition. Opération le 30 juin. Suture au crin de Florence. Pas de ligatures d'artérioles. Les fils sont enlevés le 4 juillet. Bonne réunion. Guérison le 13 juillet. Durée du séjour: treize jours. A son départ de l'hôpital, un peu de jabot.

24. — G..., employé, 37 ans. Entre le 28 juin, salle 1, n° 5. — Phimosis accidentel; syphilis. L'opération, exécutée le 4 juillet, a duré six minutes. 16 serres-fines. 1 ligature. 8 serres-fines enlevées le soir, 7 le lendemain matin. Excellente réunion. Erections; la dernière serre-fine est enlevée le 7 juillet. Guérison le 12 juillet. Durée du séjour: huit jours. A son départ de l'hôpital, guérison; résultat parfait.

25. — D... Pierre, 40 ans. Entre le 5 juillet, salle 2, n° 18. — Phimosis accidentel avec chancre du prépuce; roséole; excision du chancre et du prépuce. L'opération, exécutée le 7 juillet, a duré dix minutes. 14 serres-fines. 1 ligature. 12 serres-fines enlevées le lendemain matin. Réunion excellente. Le surlendemain, on enlève 2 serres-fines. Guérison le 11 juillet. Durée du séjour: trois jours. A son départ de l'hôpital, résultat bon.

26. — B... Auguste, 24 ans. Entre le 17 juin, salle 2, n° 25.— Phimosis accidentel; chancre syphilitique sous-préputial; blennorrhagie; écoulement abondant. Opération le 9 juillet. 14 serres-fines. 1 ligature. 7 serres-fines enlevées le soir, 5 le lendemain. Bonne réunion. Les 2 dernières serres-fines sont enlevées le 11. Guérison le 15 juillet. Durée du séjour: six jours. A son départ de l'hôpital, résultat bon.

27. — B... Bernard, 22 ans. Entre le 2 août, salle 4, n° 25. — Phimosis accidentel; chancre syphilitique sous-préputial de deux mois; plaques muqueuses de la bouche. Opération le 27 août soir. 13 serres-fines. 5 ligatures (catgut). Bonne réunion. Une artériole ayant donné au moment où j'enlevais les 12 serres-fines, j'ai dû laisser la dernière serre-fine jusqu'au 30. Guérison le 30 août. Durée du séjour: trois jours. A son départ de l'hôpital, très bon résultat.

28. — E... François, 26 ans. Entre le 16 août, salle 3, n° 25. — Phimosis accidentel; syphilis il y a six mois. Opération le 25 août (2 heures après-midi). 15 serres-fines. 3 ligatures. 5 serres-fines enlevées le lendemain matin. Assez bonne réunion. Il y a eu, le soir, légère hémorrhagie pour laquelle il a fallu lier 3 artérioles; les 5 dernières serres-fines sont enlevées le 27. Guérison le 1er septembre. Durée du séjour: six jours et demi. A son départ de l'hôpital, résultat bon; un peu d'infiltration sanguine du bourrelet muqueux.

29. — H... François, 16 ans. Entre le 16 août, salle 3, n° 24. — Phimosis congénital. Opération le 25 août (2 heures après-midi). 10 serres-fines. Pas de ligatures d'artérioles. 8 serres-fines enlevées le lendemain matin. Très bon résultat. J'enlève les 2 dernières serres-fines le surlendemain; dès le 29, le malade est guéri. Guérison le 29 septembre. Durée du séjour: quatre jours. A son départ de l'hôpital, résultat parfait.

---

il est situé dans une des parties centrales de la ville.

Cet asile est assez vaste, mais il est incomplètement approprié à l'usage qu'il doit remplir, sans doute à cause de son ancienneté.

Nous n'avons pas vu de lazaret pour garder en observation les enfants nouveau venus qui pourraient importer des germes contagieux; il n'existe pas non plus de pavillons d'isolement pour les maladies infectieuses qui ne peuvent manquer de surgir et de se propager dans les agglomérations infantiles.

La population de l'établissement se compose:

1° D'enfants abandonnés, recueillis récemment que l'on n'a pas encore placés chez des pères nourriciers.

Des nourrices sédentaires, au nombre de 70, allaitent ces nouveau-nés. — Nous avons remarqué dans la crèche, de larges couchettes où trois où quatre enfants dorment côte à côte. — Cette promiscuité de berceau est un peu surprenante au premier abord.

2° De petits enfants qui, soit pour cause de débilité, soit pour cause de maladie, ne peuvent être confiés à des parents d'adoption. Dans l'infirmerie, une section assez étendue est réservée à la syphilis héréditaire. Les petits malades y sont allaités au biberon et sont soumis au traitement spécifique habituel.

3° D'enfants atteints de maladies graves et qui, après avoir été envoyés à la campagne, sont réintégrés dans l'asile pour y être soignés.

4° De femmes infirmes et âgées, anciennes pupilles de l'Annunziata. Le nombre de ces dernières va se restreignant tous les jours, car, d'après les nouveaux statuts, la tutelle tes enfants assistés cesse à 21 ans.

Les salles que nous avons parcourues et les réfectoires gagneraient beaucoup à être tenus plus proprement.

On ne peut, d'ailleurs, que louer l'organisation administrative de ce vaste établissement de bienfaisance.

Nous relevons dans la notice statistique, que 1,500 enfants environ, sont recueillis annuellement pour la province de Naples. Ils sont confiés, ou bien à l'affection de ceux qui les réclament pour être élevés gratuitement, ou bien à des nourrices qui reçoivent un salaire mensuel de huit francs (1).

(1) Le tour a été supprimé à Naples il y a quinze ans environ. Dans la salle d'admission des enfants, qui ressemble à notre bureau ouvert des Enfants-Assistés, nous avons encore pu voir les anciens tours, qu'on

30. — B... Noël, 57 ans. Entre le 19 août, salle 4, n° 16. — Phimosis congénital. Opération le 25 août. 10 serres-fines. Pas de ligatures d'artérioles. 11 serres-fines enlevées le lendemain matin. Etat parfait. Le lendemain, j'enlève les 3 dernières serres-fines. Guérison le 1er septembre. Durée du séjour : six jours. A son départ de l'hôpital, résultat parfait.

31. — L... Honoré, 20 ans. Entre le 30 août, salle 3, n° 28. — Phimosis congénital resserré accidentellement; blennorrhée. Opération le 16 septembre soir. 14 serres-fines. Pas de ligatures d'artérioles. 9 serres-fines enlevées le lendemain matin. La réunion laisse à désirer, quoique suffisante. Le surlendemain, j'enlève 3 serres-fines le matin et 2 le soir; léger échec de la réunion. Guérison le 25 septembre. Durée du séjour : neuf jours. A son départ de l'hôpital, résultat bon.

32. — H... Albert, 34 ans. Entre le 27 septembre, salle 2, n° 13. —Phimosis congénital, resserré par chancrelle, actuellement guérie. Opération le 1er octobre. 16 serres fines. 2 ligatures. 8 serres-fines enlevées le soir, 8 le lendemain matin. Réunion parfaite. Guérison le 4 octobre. Durée du séjour : trois jours. A son départ de l'hôpital, résultat parfait.

33. — X... Entre le 1er octobre, salle 2, n° 15. — Phimosis congénital. Opération le 1er octobre. 16 serres-fines. 3 ligatures. 13 serres-fines enlevées le soir, 3 le lendemain matin. Excellente réunion. Guérison le 3 octobre. Durée du séjour : deux jours. A son départ de l'hôpital, résultat parfait.

34. — D... Louis, 20 ans. Entre le 4 octobre, salle 3, n° 16. — Phimosis congénital. Opération le 8 octobre. 17 serres-fines. Pas de ligatures d'artérioles. 14 serres-fines enlevées le soir, 2 le lendemain matin. Excellente réunion. La dernière serres-fine est enlevée le 10 au matin. Guérison le 12 octobre. Durée du séjour : quatre jours. A son départ de l'hôpital, résultat parfait; le malade a été revu, c'est un de nos plus beaux succès.

35. — D..., 25 ans. Entre le 11 octobre, salle 2, n° 13. — Phimosis accidentel; chancre syphilitique du limbe de un mois. Opération le 27 octobre. 14 serre-fines. 2 ligatures. 7 serres-fines enlevées le soir, 7 le lendemain matin. Excellente réunion. Guérison le 31 octobre. Durée du séjour : cinq jours. A son départ de l'hôpital, très beau résultat.

36. — P... Eugène. Entre le 11 novembre, salle 2, n° 13. — Phimosis accidentel consécutif à des chancres mous. Opération le 28 novembre. 15 serres fines. 2 ligatures (catgut). 12 serres-fines enlevées le soir, 3 le lendemain matin. Bonne réunion. Guérison le 4 décembre. Durée du séjour : six jours. A son départ de l'hôpital, résultat bon.

37. — F..., 23 ans. Entre le 14 novembre, salle 3, n° ? — Phimosis congénital. Opération le 14 novembre. 21 serres-fines (organe très volumineux). 3 ligatures. 15 serres-fines enlevées le soir, 6 le lendemain matin. Excellente réunion. Guérison le 16 décembre. Durée du séjour : deux jours. A son départ de l'hôpital, résultat parfait.

38. — C... Alcide, 20 ans. Entre le 25 novembre, salle 1, n° 2. — Phimosis accidentel; chancre syphilitique du limbe. Opération le 28 novembre. 14 serres-fines. 3 ou 4 ligatures. 13 serres fines enlevées le soir, 1 le lendemain matin. Bonne réunion. Guérison le 1er décembre. Durée du séjour : trois jours. A son départ de l'hôpital, très beau résultat.

39. — C... Antoine, 21 ans. Entre le 29 novembre, salle 4, n° 3. — Phimosis congénital; légère blennorrhagie. Opération le 5 décembre. 18 serres-fines. Pas de ligatures d'artérioles. 10 serres-fines enlevées le soir, 8 le lendemain matin. Réunion médiocre. Guérison le 20 décembre. Durée du séjour : quinze jours. A son départ de l'hôpital, bon résultat.

40. — L... Charles, 21 ans. Entre le 29 novembre, salle 4, n° 4. — Phimosis accidentel; chancre syphilitique du limbe. Opération le 5 décembre. 15 serres-fines. Pas de ligatures d'artérioles. 9 serres-fines enlevées le soir, 6 le lendemain matin. Bonne réunion. Guérison le 10 décembre. Durée du séjour : cinq jours. A son départ de l'hôpital, bon résultat.

41. — A..., 35 ans. Entre le 2 décembre, salle 4, n° 6. — Phimosis congénital; chancres simples du limbe. Opération le 3 décembre. 16 serres-fines. Pas de ligatures d'artérioles. 16 serres-fines enlevées le lendemain matin. Réunion mauvaise. Guérison le 18 décembre. Durée du séjour : quinze jours. A son départ de l'hôpital, bon état, cicatrisation incomplète.

42. — M... Louis, 23 ans. Entre le 6 décembre, salle 4, n° 2. — Phimosis congénital; blennorrhagie. Opération le 12 décembre. 12 serres-fines. Pas de ligatures d'artérioles. 12 serres-fines enlevées le soir. Réunion médiocre. Guérison le 22 décembre. Durée du séjour : dix jours. A son départ de l'hôpital, bon résultat.

43. — D... Germain, 27 ans. Entre le 30 décembre, salle 1, n° 13. — Phimosis accidentel; plaques muqueuses. Opération le 5 janvier 1887. 18 serres-fines. Pas de ligatures d'artérioles. 10 serres-fines enlevées le soir, 6 le lendemain matin. Bon état. Le malade a eu

---

En 1871, 787 enfants étaient réclamés par des particuliers pour être élevés gratuitement, 350 enfants seulement étaient remis à des nourrices salariées. — Cette proportion a complètement changé en 15 ans, puisqu'en 1885, 289 enfants ont été acceptés gratuitement par les familles adoptives, et 1,140 ont été placés en pension dans des familles rumunérées.

De 1871 à 1885, le chiffre des sommes dépensées pour l'allaitement s'est élevé de 17,189 fr. à 130,410 fr. par année. — Depuis l'unification italienne, les charges budgétaires pour les enfants trouvés se sont donc beaucoup accrues.

Nous extrayons des statuts, que les jeunes filles ne doivent pas être conservées dans le *pio luogo*, au-delà de la 25e année. Mais l'Etat, qui a grand intérêt à ne pas jeter sur le pavé des filles qui n'auraient d'autre ressource que la prostitution, a décidé d'allouer un petit trousseau et une rente mensuelle de 30 lires pendant une année, à toutes les jeunes filles ayant atteint l'âge prescrit et qui veulent se retirer dans une famille respectable. Ces règlements ont pour but de faciliter le mariage des pupilles de l'Annunziata.

Un service d'accouchement d'une douzaine de lits est annexé à l'hospice.

Là, encore, nous retrouvons les sœurs de Saint-Vincent de Paul. C'est une religieuse française qui a bien voulu nous accompagner dans notre visite. (1).

conserve comme curiosité. — La suppression des tours a produit un notable abaissement dans le chiffre des abandons, sans que le nombre des infanticides se soit accru. Nous tenons ces détails d'un ancien amiral, qui est à la tête du comité de surveillance de la maison.

(1) Le plus grand hospice de Naples où l'on recueille des enfants, des vieillards et des infirmes, est l'*Albergo reale per li poveri*. — C'est un remarquable monument hospitalier avec une façade grandiose, mais les bâtiments sont malheureusement inachevés et mal entretenus. — On y a installé, dans une section spéciale, un orphelinat qui compte plus de 500 jeunes filles de tout âge jusqu'à vingt ans.

La sœur Panebœuf, religieuse française de Saint-Vincent de Paul, dirige ce vaste ouvroir avec intelligence et dévouement

Les enfants recueillis reçoivent une bonne éducation, et sont initiés aux divers travaux industriels de la région : tissage, broderies, fabrication de gants, etc.,

un petit abcès; les 2 dernières serres-fines ont été enlevées le 7 janvier. Guérison le 15 janvier. Durée du séjour : dix jours. A son départ de l'hôpital, bon état.

44. — M... Eugène, 20 ans. Entre le 3 janvier 1887. — Phimosis congénital; balano-posthite simple. Opération le 16 janvier. 11 serres-fines. Pas de ligatures d'artérioles. Premier pansement le 18, on enlève toutes les serres-fines. Guérison le 22 janvier. Durée du séjour : six jours. A son départ de l'hôpital, bon résultat.

45. — P... Jacques, 25 ans. Entre le 25 janvier, salle 4, nº 20. — Phimosis congénital. Opération le 27 janvier. 19 serres-fines. 3 ligatures. 19 serres-fines enlevées le lendemain matin. Réunion parfaite. Guérison le 30 janvier. Durée du séjour : trois jours. A son départ de l'hôpital, résultat parfait.

46. — T... Charles, 27 ans. Entre le 27 janvier, salle 4, nº 13. — Phimosis congénital. Opération le 29 janvier (soir). 15 serres-fines 5 ligatures. 15 serres-fines enlevées le lendemain matin. Bonne réunion. Guérison le 31 janvier (soir). Durée du séjour : deux jours. A son départ de l'hôpital, résultat parfait.

47. — P... Angel. Entre le 27 janvier, salle 4, nº 6. — Phimosis congénital lâche. Opération le 30 janvier. 12 serres-fines. 2 ligatures. 12 serres-fines enlevées le lendemain matin. Excellente réunion. Guérison le 1er février. Durée du séjour : deux jours. A son départ de l'hôpital, résultat parfait.

48. — Q... Paul, 13 ans. Entre le 3 octobre, salle Broca, nº 2 (Pitié). — Phimosis congénital; adhérences partielles. Opération le 30 septembre. 10 serres-fines. Pas de ligatures d'artérioles. 10 serres-fines enlevées le lendemain matin. Réunion médiocre. Guérison le 3 octobre. A son départ de l'hôpital, il est en voie de cicatrisation.

49. — X..., 25 ans. Entre le 4 juillet 1889, salle Michon, nº 31 (Pitié). — Phimosis congénital. Opération le 10 juillet. 14 serres-fines. 1 ligature. 8 serre-fines enlevées le soir, 5 le lendemain matin. Réunion très bonne. La dernière serre-fine est enlevée le 12. Guérison le 13 juillet. Durée du séjour : trois jours. A son départ de l'hôpital, résultat parfait.

50. — X..., 22 ans. Entré le 8 mars 1891, salle Saint-Landry (Hôtel-Dieu). — Phimosis congénital. Opération le 15 mars. 17 serres-fines. 3 ligatures. 8 serres-fines enlevées le soir, 7 le lendemain matin. Bonne réunion. Guérison le 18 mars. Durée du séjour : trois jours. A son départ de l'hôpital, très bon résultat.

Les observations résumées qui précèdent nous donne quelques indications sur la moyenne du nombre de jours au bout desquels la guérison peut être obtenue. Il en résulte qu'on peut l'évaluer :

1º Dans le cas de phimosis congénital sans aucune complication, à quatre jours maximum et si nous défalquons, des 17 cas qui entrent dans cette proportionnalité 2 cas malheureux où la guérison s'est exceptionnellement fait attendre dix jours, on peut réduire à trois jours l'attente de la guérison;

2º Dans les cas de phimosis congénital, mais accidentellement compliqué, il résulte, de l'addition de 14 cas, que la guérison demande huit jours en moyenne pour être obtenue;

3º Dans les cas de phimosis accidentel, même en tenant compte de quelques cas remarquablement favorables, il ne faut pas, d'après l'analyse de 17 cas, moins de sept jours pour obtenir le même résultat.

Encore faut-il faire observer que si, dans la première catégorie, il est facile d'assigner à la guérison une date précise, il n'en est plus de même dans les deux derniers où la suppuration se prolonge souvent pendant quinze jours et plus. En réalité, nous pensons qu'on ne saurait, dans ces 2 cas, promettre la guérison avant quinze jours révolus. Certaines guérisons demanderaient même un temps beaucoup plus long.

(A suivre.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

COMMENTAIRE DE LA NOUVELLE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Projet discuté et adopté par la Chambre des députés, dans ses séances des 17 et 19 mars 1891. (*Journal Officiel* des 18 et 20 mars 1891).

par le Dr F. de Ranse
et A. Léchopié, avocat à la Cour de Paris.

(*Suite*) (1).

ARTICLE 15

Il est établi chaque année dans les départements, par les soins des préfets et de l'autorité judiciaire, des listes distinctes portant les noms et prénoms, la résidence, la date et les lieux de réception des médecins, des dentistes visés par les articles 5 et 6, et des sages-femmes.

Ces listes sont affichées chaque année, dans la première quinzaine de janvier, dans toutes les communes du département. Des

(1) Voir les numéros 14, 15, 16, 17, 18 et 19.

III

SECTION D'ENFANTS A L'HOPITAL DES INCURABLES.

Ospedale degli Incurabili in Napoli.

Cet hôpital qui est le plus vaste de Naples, reçoit surtout les malades adultes des deux sexes; une salle seulement est réservée aux enfants.

La fondation de l'hôpital des incurables remonte à 1521; la première pierre en fut posée par le vice-Roi Raimondo Cordova, sous Charles V, empereur et roi d'Espagne et de Naples. — Un décret de Victor-Emmanuel daté de 1877, a fixé les nouveaux statuts administratifs qui règlent le fonctionnement général des services.

Cet hôpital a conservé un caractère de vétusté remarquable.

Des hygiénistes imbus des doctrines antiseptiques modernes, critiqueraient peut-être sévèrement l'aménagement intérieur des salles; le linge des lits notamment n'est pas d'une blancheur immaculée; les couvertures aux couleurs autrefois vives, ont beaucoup perdu de leur éclat primitif; les parquets sont poudreux; il n'est pas jusqu'à la poterie qui sert aux usages intimes des malades, qui ne laisse à désirer.

Mais le beau ciel de Naples suffit, sans doute à compenser une partie de ces inconvénients, puisque la mortalité dans cet établissement ne serait pas plus élevée qu'ailleurs. C'est du moins ce que nous a affirmé un aimable médecin napolitain, qui a bien voulu nous guider dans notre visite.

La salle qui contient les petits enfants, ne diffère pas des autres pour l'aménagement général. On y compte trente lits; d'un côté sont placés les patients atteints d'affections médicales, de l'autre, ceux qui reçoivent les soins du chirurgien.

Les maladies contagieuses ne sont pas admises dans cette section, à l'exception de la diphthérie qui serait, d'ailleurs, très rare à Naples, puisque c'est à peine si l'on aurait l'occasion de pratiquer la trachéotomie dix ou douze fois par année. — Cette cité jouirait, paraît-il, d'une immunité toute spéciale contre la diphthérie.

IV

OSPEDALE MUNICIPALE DOMENICO COTUGNO.

L'ospedale Cotugno est un hôpital infectieux suburbain, commun aux enfants et aux adultes. C'est le seul de ce genre, à Naples.

copies certifiées en sont transmises aux Ministres de l'intérieur, de l'instruction publique et de la justice.

La statistique du personnel médical existant en France et aux colonies est dressée tous les ans par les soins du Ministre de l'intérieur.

Cet article reproduit les articles 25 et 26 de la loi de ventôse, à peu de chose près. Il renferme seulement quelques détails de plus. Il spécifie que les listes à afficher contiendront notamment l'indication de la date et des lieux de réception. C'est sur un amendement de M. Isambart que cette modification a été introduite dans le projet de la Commission. M. Isambart faisait observer qu'en fait il en était déjà ainsi.

Est-il bien convenable qu'il en soit ainsi, surtout quand il s'agit de listes dont on prescrit le luxueux affichage annuel dans toutes les communes du département? N'est-il pas à redouter que le public arrive à faire des distinctions fâcheuses entre les origines, selon que la réception aura eu lieu par telle ou telle Faculté? Est-ce bien en rapport avec l'esprit d'une loi par laquelle on a voulu unifier les grades, que de risquer d'établir des différences préjudiciables entre ceux qui ont conquis les mêmes diplômes? Ce n'est guère démocratique et égalitaire non plus.

Cet article n'a pas oublié, comme nous pensons que l'a fait le précédent, les dentistes non brevetés transitoirement maintenus, puisqu'il vise également l'article 6. Mais comment les représentants de l'autorité administrative et judiciaire les connaîtront-ils exactement, si l'on ne commence par les astreindre à la déclaration ou formalité dont nous parlons dans l'article 14.

Encore ici un vice de rédaction dû à l'introduction de l'amendement à la dernière minute. Il est de toute évidence, en effet, que la mention relative à la date et au lieu de réception ne saurait s'appliquer à des dentistes non brevetés qui n'ont jamais été reçus.

Enfin, pourquoi consacrer un paragraphe spécial au dressé d'une statistique? C'est affaire administrative et point n'était besoin d'une loi pour donner ce pouvoir au ministre qui ne se serait sans doute point fait faute de dresser des statistiques. Pour cela, les lois sont toujours bien superflues.

CUMUL DE LA PROFESSION
DE MÉDECIN AVEC CELLE DE PHARMACIEN

ARTICLE 16

L'exercice simultané de la profession de médecin, de sage-femme ou de dentiste avec celle de pharmacien est interdit, même en cas de possession des titres conférant le droit d'exercer ces professions. Cette disposition n'a pas d'effet rétroactif.

Interdiction du cumul. — Sous l'empire de la loi de ventôse, on décidait que le fait, par celui qui avait les deux diplômes de médecin et de pharmacien, d'exercer simultanément les deux professions n'était pas une infraction à la loi du 21 germinal an XI sur l'exercice de la pharmacie et ne comportait aucune sanction pénale (En ce sens : Cassation, 13 août 1841, Dalloz, *rép. v° méd.*, n° 145, note 2; Cour d'Orléans, 2 juillet 1838, *Droit* du 25 juillet 1838, et 27 juillet 1840, Dalloz, 40-2-122; Paris, 3 août 1850, Dalloz, 51-2-171). La loi nouvelle interdit formellement ce cumul, non seulement pour les médecins, mais aussi pour les sages-femmes et même pour les dentistes. Elle en fait un délit spécial, aux termes de l'article 29.

Cette interdiction était réclamée depuis longtemps déjà et pareille disposition se trouvait insérée dans l'article 6 du décret du 15 juin 1888 (6 chaoual 1305), sur l'exercice de la médecine dans la Régence de Tunis. (V. Léchopié et Floquet *Code des médecins*, 1re édit., p. 326.)

Les principales raisons de cette réforme sont déduites dans le rapport de M. Chevandier que l'on ne saurait que reproduire ici : « Il est certain que, de prime abord, rien ne paraît plus naturel que la délivrance des remèdes par le médecin. Il a tout intérêt à s'assurer qu'ils sont de bonne qualité, ses succès étant à ce prix. Toutefois, il faudrait admettre que nulle connaissance pharmaceutique ne lui est étrangère. Il n'en est pas ainsi.

« La distinction des intérêts a obligé le législateur à établir dans quelles limites fonctionneront les deux professions, et aussi dans quelles conditions exceptionnelles l'intérêt des malades exige que le médecin puisse délivrer des médicaments.

« En principe, il semblerait désirable que les médecins pussent exercer la pharmacie et la médecine, surtout à la campagne. En réalité, il y a à cela de sérieux inconvénients : le premier, c'est que le médecin ne peut être à la fois à la pharmacie et auprès de ses malades et qu'il est obligé dès lors de confier l'exercice de la pharmacie soit à un élève, soit à sa femme, soit à toute autre personne n'offrant aucune garantie.

« Le second s'est révélé d'une façon brutale, par le fait qui consiste à annexer un cabinet de consultations prétendues gratuites à une pharmacie et à retrouver dans le prix du remède

---

Il est situé à deux kilomètres environ en dehors de la ville, dans le voisinage d'un cimetière neuf où sont inhumés les cholériques qui ont succombé pendant la dernière épidémie.

Le site et l'aspect extérieur de cette petite cité hospitalière sont agréables ; les pavillons qui la composent sont disséminés sur une colline plantée d'arbres.

L'hôpital Cotugno est une réduction d'un infectious hospital anglais ;—comme dans les hôpitaux infectieux de Londres, nous y trouvons des baraques séparées les unes des autres par des terrains plus ou moins étendus ; chaque baraque est spécialisée pour une maladie contagieuse.

Quelques-uns des pavillons sont démontables ; les pièces en ont été envoyées de Paris et assemblées sur place.

Dans toutes les baraques, il n'y a qu'un rez-de-chaussée surélevé d'un mètre où sont aménagées les salles de malades et les chambres pour loger le personnel.

On compte seulement quinze à vingts lits par salle.

Nous devons signaler que la literie et la lingerie sont d'une propreté bien négligée.

Néanmoins, l'hôpital Cotugno est pourvu d'une étuve à vapeur humide, de cuves à désinfection remplies de liqueur de Van Swièten pour immerger les vêtements des malades, et de voitures de transport soigneusement entretenues.

Lorsque nous avons visité l'établissement (fin septembre 1890) la plupart des pavillons étaient vides. Quelques salles seulement étaient occupées par des typhiques.

Dans le courant de l'année, des services d'isolement fonctionnent pour la diphthérie et la scarlatine. — Les enfants atteints de ces maladies sont placés dans des salles communes aux adultes du même sexe. — Une petite section est réservée aux teigneux.

Nous croyons pouvoir conclure des renseignements qui nous ont été fournis, que l'affectation des diverses baraques varie suivant que telle ou telle maladie épidémique est prédominante à Naples. Lorsque le choléra ou la variole sévissent, des dispositions sont prises pour aménager l'hôpital en conséquence (1).

(1) Le cav. Alessandro Falcioni, directeur de l'Ospedale Cotugno nous a fait les honneurs de cet établissement avec une grande affabilité.

(A suivre.)

le prix de la consultation. Il y a là une déchéance manifeste du rôle du médecin, accompagnée d'abus de toute sorte. Le mode médical s'en est ému. Les propositions de loi diverses interdisant l'exercice simultané des deux professions, même par une personne munie de deux diplômes, répondent au sentiment général.

« Un membre de la Commission a judicieusement montré quelle situation serait faite par l'exercice simultané des deux professions, notamment dans une petite localité, où à côté du médecin-pharmacien serait établi un médecin muni de son seul diplôme. Ses ordonnances devraient être exécutées par son confrère et son concurrent, qui, d'un mot ou d'un signe, pourrait porter la plus grave atteinte à sa considération professionnelle.

« Ici une fois encore s'est posée la question de la rétroactivité de cette disposition nouvelle. Que des abus existent, nous ne pouvons le nier, disent les protecteurs des situations acquises ; mais, d'un côté, ceux qui exercent loyalement les deux professions ne peuvent devenir les victimes de ceux qui n'y mettent pas toute la délicatesse voulue ; de l'autre, ils se réclament, non sans raison, du principe de la non-rétroactivité. Que demain apparaisse une loi qui, dans un intérêt supérieur, supprime la vénalité des charges, s'ensuivra-t-il que, dès sa promulgation, les études de notaires, les cabinets d'avoués, etc., verront leur prix confisqué? Non sans doute. Nous sommes dans une situation identique, disent les médecins-pharmaciens. Nous demandons, en conséquence, soit une idemnité de la dépossession que nous allons subir, soit une disposition légale nous mettant à l'abri de tout effet rétroactif de la loi nouvelle. Nous avons eu sous les yeux des réclamations fondées sur le droit incontesté de l'exercice des deux professions, établissant soit l'achat de pharmacie et de clientèles médicales dans des conditions de simultanéité, soit la fondation onéreuse d'une pharmacie en vue de fournir des médicaments à la clientèle médicale. Ceux-là étaient dans leur droit ; nulle loi n'interdisait l'exercice simultané des deux professions à quiconque aurait la double qualité de pharmacien et de médecin. Un arrêt de la Cour de cassation du 13 août 1841 a donné cette interprétation au silence de la loi. Dans de telles conditions, nous avons ajouté au premier paragraphe de l'article une disposition protectrice des situations acquises. »

On voit que l'article 16 fait peser la même interdiction sur tous ceux qui exercent l'art de guérir, docteurs, officiers de santé, sages-femmes et dentistes. Etait-ce bien utile, au moins pour ces derniers, qui, en somme n'ont guère de remède à prescrire et pour lesquels, par suite, les mêmes inconvénients n'existent pas? Quel danger peut-il bien y avoir à ce qu'un pharmacien vende des remèdes et arrache ou soigne une dent malade? Spécialement en ce qui concerne les sages-femmes, on ne saurait toutefois objecter encore que la défense était sans objet, parce qu'elle n'exercent pas la pharmacie. Il en est de l'exercice de la pharmacie par les femmes comme de l'exercice de la médecine, et le droit d'exercer leur a également été reconnu par la Chambre, lors de la discussion et de l'adoption, en première délibération, de la nouvelle loi sur la pharmacie (*Journal officiel* du 22 mars 1891). De fait il paraît qu'il n'y aurait qu'une seule pharmacienne, et ce à Bordeaux.

L'article 16 porte que l'interdiction du cumul pèse même sur ceux qui posséderaient les deux titres. Il faut dire que, dans le cas contraire, c'est-à-dire si le médecin n'avait pas eu aussi le diplôme de pharmacien, il serait tombé sous le coup de la loi pénale, même à l'époque de la loi de ventôse, comme commettant une infraction aux lois sur la pharmacie. Cette mention était donc assez superflue.

Le projet de loi sur l'exercice de la pharmacie voté en première délibération, par la Chambre des députés, dans sa séance du 21 mars 1891, renferme en outre un article ainsi conçu : « Toute entente entre un pharmacien et un médecin dans le but d'exploiter une officine ou de vendre un médicament quelconque, est formellement prohibée ; toute convention par laquelle un médecin retirerait quelque gain ou un profit sur la vente des médicaments effectuée par le pharmacien est nulle. » De plus, le projet fait un délit de toute infraction à cette disposition. Sous le régime des lois de ventôse et germinal an XI, la jurisprudence avait déjà déclarés nuls, comme illicites, tous pactes ou associations entre médecins et pharmaciens (Jugement du tribunal de commerce de la Seine, du 23 septembre 1869, *Gazette des tribunaux* du 7 octobre 1869; Cour de Paris, 31 mai 1866, *Bulletin de la Cour de Paris*, 66, p. 289, Cour de Pau, 8 mars 1884, Dalloz, 86-2-221.) On a toujours pensé, en effet, qu'il y avait danger, pour la santé publique, à ce qu'un médecin fût pécuniairement intéressé à prescrire des médicaments. Pour parer tout à fait à ce danger, le législateur n'aurait-il pas dû aussi, dans l'article 16 qui nous occupe, aller jusqu'à interdire à la femme du médecin d'exercer la profession de pharmacienne? Quant à la loi sur la pharmacie, on sait qu'elle a été renvoyée à une seconde délibération et qu'elle passera, maintenant, on ne sait quand.

Droit exceptionnellement accordé aux médecins de vendre et débiter des médicaments. — Il est un cas où le médecin non muni d'un diplôme de pharmacien, pouvait et peut encore vendre des médicaments, ce cas tout exceptionnel est prévu en ces termes, par l'article 27 de la loi du 21 germinal an XI : « Les officiers de santé établis dans les bourgs, villages, ou communes ou il n'y aurait pas de pharmaciens ayant officine ouverte, pourront, nonobstant les deux articles précédents, fournir des médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles ils seront appelés, mais sans avoir le droit de tenir une officine ouverte.

Cette disposition demeurera en vigueur, tant que la loi de germinal an XI n'aura pas été réformée définitivement.

La Commission avait bien proposé de modifier l'article 27 de la loi germinal, dans la loi même sur l'exercice de la médecine, par l'addition à notre article 16, des trois papagraphes ci-après :

« Toutefois, dans les localités où il n'y a pas de pharmacien, les médecins peuvent livrer des médicaments sur place et en fournir aux malades près desquels ils sont appelés et dont la résidence est éloignée de 4 kilomètres au moins de toute pharmacie, mais sans avoir d'officine ouverte.

« Dans ce cas, ils sont soumis à toutes les obligations résultant pour les pharmaciens des lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente.

« Pour satisfaire aux cas d'urgence, les médecins, même alors qu'une ou plusieurs pharmacies existent dans la localité qu'ils habitent, sont autorisés à avoir chez eux certains remèdes, dont la liste sera dressée par un règlement d'administration publique, qu'ils pourront distribuer à leurs malades dans les circonstances prévues par le même règlement ».

Tout le monde fut d'accord pour ajourner l'examen de ces trois paragraphes jusqu'à la discussion de la loi sur la pharmacie.

Bien que ces trois paragraphes n'aient pas été votés, il est intéressant de faire connaître les raisons données par M. Chevandier dans son rapport pour expliquer les modifications proposées à l'article 27 de la loi de germinal :

« Les pharmaciens demandent que la faculté exceptionnelle à accorder aux médecins s'arrête quand le malade qu'il visite n'est éloigné d'une pharmacie que de 4 kilomètres. Cette distance, disent-ils, n'est point si grande, que le temps mis à la parcourir soit préjudiciable aux intérêts du malade. Votre Commission a goûté ces raisons, sauf pour le cas d'urgence visé par le dernier paragraphe de l'article. La proposition, visant la distance qui sépare la résidence du médecin de la pharmacie la plus voisine, ne répondait pas exactement aux intérêts à sauvegarder. N'est-il pas vrai aussi que souvent l'urgence d'agir est telle que toute perte de temps peut être funeste? Qui ignore combien les habitants de la campagne sont lents à se décider à appeler le médecin? Ils espèrent d'abord n'avoir à faire qu'à une indisposition; puis ils mettent en pratique quelque moyen empirique, d'où il advient trop souvent que l'homme de l'art arrive lorsque le mal réclame une médication énergique et immédiate. Aussi la plupart du temps se fait-il raconter par la personne qui vient le chercher les détails les plus circonstanciés sur les symptômes de la maladie et se munit-il des remèdes dont il présume l'emploi. Il est donc nécessaire qu'il ait chez lui une certaine provision de médicaments dont l'application, en temps utile, peut sauver le malade ou tout au moins couper court à la douleur.

« De là, deux circonstances différentes. Aux cas ordinaires, de beaucoup plus fréquents, le 2e paragraphe sera applicable. Mais, dans les cas d'urgence, nous demandons pour le médecin le droit, même alors qu'une officine de pharmacien existe dans le lieu de sa résidence, de distribuer tels et tels médicaments pouvant arrêter soit une hémorragie, soit un accès pernicieux, soit une douleur intolérable, etc.

« Tout le monde use de ce droit pour soi-même. On vend tous les jours de petites pharmacies, contenant les médicaments à employer contre les accidents, dans le pansement des plaies, et aussi contre les premiers symptômes d'une affection qu'il faut juguler. Nul ne songe à proscrire cette mesure de précaution. Et, s'il est vrai que chacun peut avoir chez soi quelques médicaments, comment expliquer que celui-là seul qui en connaît l'application soit tenu en dehors du droit commun? »

Il est certain que les pharmaciens ne verraient pas, d'un bon œil, passer le dernier paragraphe proposé, car ils craindraient que ce ne soit la porte largement ouverte aux abus. Le cas d'urgence est assez élastique, en effet.

La distance de 4 kilomètres et le cas d'urgence, telles seront les deux principales modifications proposées à l'article 27 de la loi de germinal.

Il résulte de la jurisprudence actuelle du Conseil d'État que si les médecins qui ont exceptionnellement le droit de vendre des médicaments sont astreints à la taxe pour la vérification des poids et mesures, ils ne sont soumis ni à la surveillance spéciale qui s'exerce sur les pharmaciens, ni à la taxe spéciale destinée à couvrir les frais de visites (Conseil d'État, 20 septembre 1859; 14 juin 1878, Dalloz 79-3-19; 8 août 1890, *Droit* des 3-4 novembre 1890; 16 mars 1888, Dalloz, 89-3-58.) La proposition ajournée les soumet, au contraire, par son dernier paragraphe, à toutes les obligations résultant, pour les pharmaciens, des lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE

Suite (1).

VI. — Sur le sarcome de la prostate, par le Dr Barth, de Berlin. (*Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1891, n° 33, p. 393.)

VII. — Résection temporaire de la symphyse, comme opération adjuvante de l'extirpation des tumeurs de la vessie, par le Dr Braun. (*Ibidem*, p. 393.)

VIII. — Deux cas de gangrène des organes génitaux chez l'homme, par le Dr von Bungner, de Marburg. (*Ibidem*, n° 38, p. 451.)

IX. — Immunité contre le virus du microcoque du pus, par le Dr Reichel, de Wurzbourg. (*Ibidem*, p. 451.)

X. — Recherches bactériologiques dans des cas de lymphangite des membres, par le Dr Fischer, de Strasbourg. (*Ibidem*, p. 450.)

XI. — Anesthésie chirurgicale; enquête collective; statistique, par le Dr Gurlt, de Berlin. (*Deutsche Medicinische Wochenschrift*, n° 17, p. 598.)

(*Communications faites au 20e Congrès de la Société allemande de chirurgie.*)

VI. — M. Barth a observé, à l'hôpital Augusta, de Berlin, trois cas de sarcome de la prostate. En se basant sur ces faits, il a ébauché l'histoire clinique des tumeurs de ce genre.

Les sarcomes de la prostate peuvent se rencontrer à tout âge, mais ils sont fréquents surtout chez les enfants. La moitié des cas connus concernait des sujets dont l'âge était compris entre 1 et 18 ans. Le premier des trois malades de M. Barth était un enfant de 9 mois, chez lequel une tumeur s'était montrée au nombril; depuis des semaines, l'enfant n'urinait plus spontanément. Il avait le petit bassin envahi par des masses néoplasiées molles. On pratiqua la taille sus-pubienne. Il se fit voir que le néoplasme s'était développé entre la vessie et le rectum. L'enfant a succombé quelques semaines plus tard.

Le sujet de la seconde observation, un jeune homme de 17 ans, souffrait depuis quatre mois d'une dysurie avec rétention d'urine. Le cathétérisme se heurtait à de grandes difficultés. Au périnée, on découvrait, à la palpation, une tumeur plate, molle, donnant une sensation de fausse fluctuation. Le malade était consumé par une forte fièvre. L'urine contenait du sang, du pus et beaucoup d'albumine. On incisa sur la ligne médiane; l'instrument tranchant pénétra dans une masse molle, qui obstruait la partie postérieure de l'urèthre dont elle avait perforé la paroi postérieure. Il s'agissait d'un sarcome en forme de chou-fleur. Quelques semaines plus tard, le malade succomba à une pyonéphrite. Les lobes latéraux de la prostate étaient transformés en noyaux sarcomateux, du volume d'un œuf d'oie.

Chez le sujet de la troisième observation, un homme de 27 ans, les troubles de la miction faisaient défaut; par contre il y avait des troubles de la défécation, par la raison que la tumeur s'était développée du côté du rectum.

Le sarcome de la prostate a une consistance molle particulière, qui donne souvent l'illusion de la fluctuation. Dans la plupart des cas connus, la mort est survenue six à sept mois après l'apparition des premiers symptômes. Quand le diagnostic peut être fait à une période peu éloignée du début, l'intervention opératoire est justifiée.

(1) Voir le numéro précédent.

VII. — Dans un cas de papillome de la vessie, M. Braun, pour se faciliter l'accès vers cet organe, a combiné l'incision verticale classique avec une incision transversale, celle-ci ayant pour but de permettre la résection d'un fragment de la symphyse de chaque côté. Puis le muscle droit antérieur fut détaché de ses insertions dans une certaine étendue; avec des crochets mousses ces muscles furent maintenus écartés. L'incision du néoplasme se fit ensuite sans difficulté. Puis les fragments osseux réséqués furent de nouveau fixés en place, au moyen de fils de soie : la consolidation de ces fragments ne s'est pas laissé attendre.

VIII. — La première observation de M. Bünger concerne un cas de cancer du scrotum, à marche suraiguë, survenu chez un jeune homme de 28 ans, à la suite d'une attaque d'influenza. Subitement le sujet fut pris d'une tuméfaction inflammatoire de l'aine droite. Le lendemain, rougeur et tuméfaction de tout le scrotum. Le surlendemain la partie moyenne du scrotum était frappée de gangrène. La partie gangrenée s'élimina rapidement; le reste du scrotum se rétracta de bas en haut, en même temps que les deux testicules faisaient saillie au dehors. Le testicule gauche présentait une grosseur qui devint, dans la suite, le point de départ d'une fistule. Celle-ci a été guérie après incision. La cicatrisation de la partie à vif du scrotum se cicatrisa très rapidement, au prix de quelques soins d'antisepsie, et sans qu'il fallût recourir à une opération autoplastique. Selon toute vraisemblance, fait remarquer l'auteur, la gangrène foudroyante était due à une infection microparasitaire.

Dans le second cas, une gangrène du prépuce et du pénis est survenue chez un jeune homme de 18 ans, à la suite d'un chancre mou. Il fut impossible d'enrayer le mal à la suite d'applications répétées du cautère Paquelin. Il en résulta finalement une vaste perte de substance, avec effraction du canal de l'urèthre, qui nécessita une opération plastique : réfection du prépuce, aux dépens du scrotum, et fixation du gland en arrière du lambeau constitué par deux lobes latéraux, réunis par un pont. Dans une seconde séance, les deux lobes latéraux ont été ramenés par dessus le pénis et réunis par des points de suture. Guérison en trois semaines de temps.

IX. — Existe-t-il une immunité acquise contre la suppuration? Pour trancher cette question M. Reichel a fait des expériences sur des chiens, consistant à injecter à ces animaux, dans la cavité péritonéale, des doses d'abord faibles puis croissantes de cultures pures du staphylococcus aureus. Finalement les animaux se sont trouvés en état de supporter des injections de 100 cc. et plus de ces cultures pures, alors que des animaux de contrôle succombaient rapidement à la septicémie, quand on leur injectait des doses égales de ces mêmes cultures pures. D'abord les animaux accusaient de la douleur, plus tard, ils étaient pris d'une grande somnolence, puis de phénomènes de strangulation, de diarrhée, de fièvre; ils succombaient au bout d'un temps variable de douze à vingt-quatre heures. Les chiens auxquels on injectait les cultures pures à doses progressivement croissantes, n'en étaient pas plus incommodés que si on leur avait injecté un liquide indifférent.

M. Reichel s'est ensuite occupé de la question de savoir s'il ne serait pas possible de neutraliser au moyen des ptomaînes, les produits de désassimilation fabriqués par les microbes et par l'intermédiaire desquels seuls s'exercerait suivant Brieger, l'action pathogène de ces microorganismes. Il a donc fait des inoculations préventives avec des produits de filtration des cultures pures. Toujours ces inoculations ont manifesté une action vaccinale, elles rendaient les animaux réfractaires aux suites des inoculations ultérieures de cultures pures. Ces résultats confirment donc la doctrine de Brieger.

Que se passe-t-il au siége des inoculations du microbe pyogène, dans l'organisme rendu réfractaire par la vaccination? Chez les animaux non vaccinés, ces inoculations développent une péritonite hémorrhagique diffuse, avec épanchement considérable de sang dans la cavité. Chez les animaux vaccinés, l'épanchement péritonéal manque totalement ou n'existe qu'à l'état de traces, avec très peu de sang. La séreuse conserve généralement un aspect normal, ou n'est parsemée que de légères ecchymoses.

D'autres expériences de M. Reichel ont démontré que l'injection de cultures pures dans le tissu cellulaire sous-cutané produit une suppuration beaucoup moindre que lorsque les mêmes quantités sont injectées dans la cavité péritonéale.

X. — M. Fischer rappelle que d'après M. Verneuil et Clado, la lymphangite et l'érysipèle sont deux affections similaires, engendrées par le même microbe. Cette assimilation a été étendue dans ses derniers temps à la lymphangite réticulaire. M. Fischer a fait l'examen bactériologique du pus provenant d'un certain nombre de cas de lymphangite suppurée, et de petits fragments de vaisseaux lymphatiques provenant de ces mêmes foyers de lymphangite. Les résultats qu'il a obtenus l'amènent à conclure que la lymphangite peut être engendrée par tous les microbes pyogènes, qu'elle n'est pas une maladie spécifique.

D'autre part il lui a été difficile d'isoler des thrombus, par voie de culture, les mêmes bactéries qu'il avait trouvées dans le pus. Ces bactéries ne pénètrent donc pas dans la profondeur des vaisseaux. On les trouve, par contre, dans les interstices des tissus envahis par la lymphangite. Les altérations qu'on rencontre dans ces tissus n'ont rien de caractéristique. Les endothéliums restent intacts. Les vaisseaux sanguins, les petits capillaires exceptés, ne sont intéressés que dans une très faible mesure. On peut donc se représenter que les coccus, germes de la lymphangite, pénètrent des foyers d'infection dans les espaces lymphatiques, puis sont transportés au loin par les vaisseaux lymphatiques, en même temps qu'ils communiquent à la lymphe une plus grande coagulabilité.

XI. — A l'avant-dernier Congrès de la Société allemande de chirurgie, il avait été décidé qu'une enquête collective serait entreprise par les membres du Congrès, sur tout ce qui concerne l'anesthésie chloroformique dans ses rapports avec la pratique chirurgicale. A la réunion que cette même Société vient de tenir dans le courant du mois dernier, M. Gurlt a rendu compte des résultats fournis par cette enquête : 61 rapports sont parvenus à la commission d'enquête, ayant trait pour la plupart à des observations faites dans l'intervalle de temps qui s'est écoulé entre le 1er juillet et le 31 décembre de l'année dernière. Le total des observations s'élève à 22.877. En outre, un dentiste de Berlin a adressé une statistique de 1.748 cas d'anesthésie par inhalations de vapeurs anesthésiantes pratiquées sous la surveillance d'un médecin, statistique qui embrasse une période d'observation de sept années et demie. Cela fait un total général de 24.625 cas, qui se répartissent ainsi :

Anesthésie par inhalations de chloroforme seulement, 22.656 cas, avec 71 asphyxies et 6 cas de mort;

Anesthésie par inhalations d'éther seulement, 470 cas, sans asphyxie, sans cas de mort;

Anesthésie mixte par inhalations de vapeurs de chloroforme et d'éther 1.055 cas, avec 5 asphyxies, pas de cas de mort;

Anesthésie mixte par inhalations de vapeurs de chloroforme, d'éther et d'alcool, 417 cas avec 4 asphyxies, pas de cas de mort;

Anesthésie par le bromure d'éthyle, 27 cas, sans asphyxie, sans cas de mort.

Ce qui fait, en somme, 80 asphyxies et 6 cas de mort pour les 24.625 anesthésies, les 6 cas de mort étant tous imputables à l'anesthésie par inhalations de vapeur de chloroforme; proportion, 1 cas de mort pour 3.776 anesthésies. La proportion des cas d'asphyxie grave a été de 1 sur 319 cas d'anesthésie chloroformique, et de 1 sur 211 cas d'anesthésie mixte par inhalations de vapeurs de chloroforme et d'éther.

Trois rapports fournissent des renseignements détaillés sur la durée de l'anesthésie : sur 2,732 cas, 278 fois l'anesthésie a duré une heure ou davantage; durée maxima 150, 155 et 180 minutes. Dans quelques rapports, on trouve des indications sur les quantités de chloroforme dépensées. Ainsi, à l'hôpital de la Charité, dans le courant des six dernières années, on a employé 1 centimètre cube de chloroforme par chaque minute que durait l'anesthésie. Le Dr Morian, d'Essen, a calculé que lorsque, pour pratiquer l'anesthésie, on se sert de l'appareil de Juncker-Kappeler, la quantité de chloroforme dépensée est de 0 gr. 6 à la minute, au lieu de 1 gramme quand on emploie le masque ordinaire. Dans un autre rapport, il est dit que la quantité moyenne de chloroforme employée pour une séance d'anesthésie a été de 25 grammes. Les quantités maxima indiquées comme ayant été dépensées dans une même séance, sont de 150 c.c. dans un rapport, de 180 c.c. dans un autre.

Des 470 anesthésies par simples inhalations de vapeurs d'éther, 304 sont au compte d'un seul opérateur, M. Stelzner, de Dresde.

L'anesthésie mixte par inhalations de vapeurs d'éther, de chloroforme et d'alcool a été exclusivement employée par von Billroth et von Hacker.

Sur 6,806 cas, extraits de 14 rapports différents, il est mentionné que des injections de morphine ont été faites dans 2194 cas.

La proportion des asphyxies a été de 1 par 307 cas. Le plus souvent l'emploi des moyens communément usités en pareilles circonstances, a fait cesser les accidents asphyxiques; dans 4 cas, il a fallu recourir à la trachéotomie; dans 6 cas, il y a eu terminaison fatale exclusivement imputable aux inhalations de chloroforme; dans trois autres cas, la mort pouvait être attribuée en partie à d'autres causes.

M. Bruns a fait remarquer que les chiffres produits par M. Gurlt étaient trop faibles pour pouvoir servir à émettre des conclusions sûres. Il en découle toujours cet enseignement que l'anesthésie chloroformique ne donne pas encore des résultats aussi satisfaisants qu'on le pourrait désirer. L'anesthésie par inhalations de vapeurs d'éther mérite d'être plus largement expérimentée, sur le terrain de la physiologie notamment.

Sur la proposition de M. Bruns, le Congrès a décidé de poursuivre l'enquête commencée.

E. Ricklin.

BULLETIN

SUR LE PRONOSTIC DU DIABÈTE.

La Société de Thérapeutique a discuté récemment, avec l'autorité qui lui appartient, la question toujours actuelle du pronostic et du traitement de la glycosurie. D'après les opinions formulées au cours de ce débat, on peut voir que si, aujourd'hui comme par le passé, nos connaissances présentent une lacune regrettable en ce qui concerne l'origine et la nature de la maladie, en revanche il y a progrès, et progrès incontestable dans la manière de la traiter.

D'abord il nous semble peu utile de rechercher si la glycosurie est le résultat d'une diminution de combustion du sucre formé dans l'économie, où bien si au contraire elle a pour point de départ une formation exagérée de ce principe, conséquence elle-même d'une sorte de suractivité nutritive liée à un fonctionnement exagéré du système nerveux. Nous avons, il est vrai, discuté autrefois cette question dans ce même journal, laissant voir notre penchant pour la deuxième théorie qui a pour elle des faits indéniables, en même temps que l'autorité de savants considérables : mais il semble que cette préoccupation doit désormais passer au second plan et que le mieux est de rester sur le terrain de la pratique pour chercher la meilleure ligne de conduite à tenir vis-à-vis des différentes variétés de glycosurie. Dans cet ordre d'idées, les considérations émises à la Société de Thérapeutique renferment certainement un intérêt particulier.

Une vérité s'en dégage tout d'abord, c'est que le fait de la glycosurie ou de déperdition quotidienne de sucre a présentement perdu quelque chose de sa gravité pronostique. L'existence nettement démontrée d'une glycosurie normale, physiologique, est déjà pour donner à cette opinion un certain crédit : telle est la glycosurie de la grossesse et celle des nourrices qui toutes les deux représentent un phénomène transitoire, parfaitement compatible avec une santé irréprochable, au besoin même florissante. Puis il y a celle des gros mangeurs, de ceux qui font des excès de table et auxquels il suffit ordinairement d'un changement de régime, d'une abstinence relative pour faire disparaître le phénomène trop souvent jugé inquiétant d'après une première constatation. On peut ranger à côté de celle-ci, la glycosurie qui provient d'une alimentation vicieuse, par défaut de mastication et d'insalivation. M. Constantin Paul considère cette dernière comme assez fréquente, bien que peu soupçonnée jusqu'à présent.

Dans ces différents cas, l'apparition du sucre dans les urines est un phénomène, pour ainsi dire banal et qui ne saurait justifier l'appréciation d'un pronostic sévère que l'on est trop souvent porté à formuler en pareille occurrence à la suite d'un simple examen. On ne saurait donner à tous ces cas le nom de *diabète*, avec la signification générale attachée à ce mot. Et pourtant ils représentent une fraction importante du nombre des personnes considérées comme atteintes de cette maladie et traitées comme telles. Dans ce groupe bien mieux connu aujourd'hui, l'indication thérapeutique se pose d'elle-même. Elle est simple et comporte généralement une simple modification ou amélioration du régime, avec exclusion de tout médicament.

Il faut donc réserver le nom de diabète vrai à celui qui est caractérisé par une déperdition abondante et prolongée de sucre et surtout par la persistance, à travers des variations multiples, d'un taux fixe et à peu près irréductible de ce principe dans l'urine quotidienne. Ce dernier caractère est d'importance majeure, on ne saurait le rechercher avec trop de soin. Cette variété de diabète est celle qu'on rencontre surtout dans les grandes villes et qui succède ordinairement à la fatigue cérébrale, aux préoccupations d'une vie agitée, aux soucis, etc. Nous n'avons sur elle que peu ou même peu de prise. En tous cas, la question du mode d'action des différentes méthodes de traitement préconisées contre elle est une question fort complexe, dans laquelle bien des facteurs entrent en jeu. Dans l'ap-

préciation des résultats obtenus avec l'une ou l'autre de ces méthodes, il faut tenir compte de bien des circonstances en apparence accessoires et pourtant d'une importance majeure.

C'est ainsi que le séjour à la campagne, la pratique journalière des exercices physiques peuvent revendiquer dans l'amélioration de certains diabétiques une part au moins égale à celle qui revient au régime alimentaire spécial, voire le plus rigoureux. Même la cure hydro-minérale, qui fait réaliser indirectement aux malades quelques-uns des avantages précédents, est peut-être attribuée sans motif à l'action altérante des eaux alcalines. Il faut donc se garder dans ces cas d'exagérer l'influence du régime spécial, et tenir compte de bien des circonstances adjuvantes, si l'on veut maintenir à l'appréciation pronostique toute la rigueur désirable.

On doit rapprocher de cette dernière variété le *diabète grave* qui n'en représente probablement qu'un degré plus élevé, et qui comprend vraisemblablement le diabète pancréatique décrit par M. Lancereaux.

Le caractère principal de cette forme, heureusement la plus rare, consiste surtout dans la persistance d'un taux très élevé de déperdition de sucre, dont le chiffre quotidien, après s'être abaissé un certain temps, reste définitivement irréductible. Le pronostic est ici invariablement sévère, et souvent à brève échéance, car l'influence du régime est temporaire, incomplète, parfois nulle et la mort arrive de bonne heure, soit brusquement, sous forme d'accidents comateux, soit d'une manière plus lente, par l'effet d'une des complications habituelles en pareil cas et dont la phtisie pulmonaire représente une des plus fréquentes. Avec la plupart des médecins, M. C. Paul considère le traitement comme inutile vis-à-vis des malades de cette catégorie. Il n'y a point de moyens capables d'enrayer la marche des accidents et d'empêcher une catastrophe finale inévitable.

En définitive, on voit que le pronostic du diabète, envisagé d'une manière générale, a perdu quelque peu de sa gravité de jadis et que celle-ci doit être attribuée exclusivement à certaines formes chroniques, les plus rares peut-être. Cette conclusion n'est certainement pas nouvelle, mais les faits qui s'accumulent et une interprétation plus judicieuse de ces faits lui donnent chaque jour plus de consistance. La discussion qui vient d'avoir lieu devant la Société de thérapeutique aura donc servi à mettre une fois de plus en évidence une vérité qui n'a pas encore suffisamment pénétré dans le public, ni peut-être même chez la majorité des médecins, pour lesquels le mot diabète est encore trop souvent synonyme d'incurabilité.

P. Muselier.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique. — M. Proust a fait savoir que le pèlerinage de la Mecque pour les indigènes tunisiens ne sera autorisé que si les pèlerins s'embarquent sur des navires pourvus d'étuves à désinfection et de pulvérisateurs. Les médecins désignés par le Conseil sanitaire de Tunis s'assureront que les mesures prescrites pour la désinfection ont été régulièrement prises pendant le voyage de retour.

NOUVELLES

Facultés et écoles des départements.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Fieux est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891, des fonctions de préparateur de médecine expérimentale, en remplacement de M. Lagrolet appelé à d'autres fonctions.

M. Guilhot est délégué dans les fonctions de préparateur d'histoire naturelle pendant la durée du congé accordé à M. Fromaget. du 16 mars 1891 au 15 mars 1892.

Un congé d'un an, à partir du 16 mars 1891, est accordé, sur sa demande, à M. Fromaget, préparateur d'histoire naturelle.

Faculté de médecine de Lille. — M. d'Hour est chargé, jusqu'au 31 octobre 1892, des fonctions de préparateur de physiologie en remplacement de M. Lepage, appelé à d'autres fonctions.

M. Lepage, préparateur de physiologie, est chargé, jusqu'au 31 octobre 1892, des fonctions de chef des travaux pratiques de physiologie en remplacement de M. Meyer, appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine de Montpellier. — Un congé, sans traitement, du 1er mai au 31 juillet 1891, est accordé, sur sa demande, à M. Moitessier, préparateur de chimie.

Faculté de médecine de Toulouse. — MM. Bédart et Marie, chargés des fonctions d'agrégé, sont chargés, en outre, à ladite Faculté, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891, le premier, des fonctions de chef des travaux de physiologie, le second, des fonctions de chef des travaux de chimie.

Sont nommés, pour une période de six années, à partir du 1er avril 1891, MM. Morel, chef des travaux d'anatomie pathologique; Biarnès, pharmacien de 1re classe, chef des travaux de pharmacie.

M. Baudy est nommé, pour trois ans, à partir du 1er avril 1891, chef de clinique chirurgicale.

Sont chargés jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891 :

MM. Destaruc, des fonctions de chef de clinique médicale; Pascal, des fonctions de chef de clinique obstétricale.

Sont nommés jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891 :

MM. Gaily, prosecteur; — Auhiallet, aide d'anatomie; — Durand, aide d'anatomie; — Daumic, préparateur d'anatomie pathologique; — Biscous, préparateur de pathologie générale; — Pezet, préparateur de chirurgie, — Duranton, préparateur de pharmacie.

M. Garrigon est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1890-1891, d'un cours complémentaire d'hydrologie.

Ecole de médecine de Limoges. — M. Besnard du Temple, pharmacien de 1re classe, est maintenu pour trois ans, à partir du 19 juin 1891, chef des travaux chimiques à ladite Ecole.

Hôpitaux de Paris. — Le jury du concours du Bureau central (médecine) est définitivement constitué :

Président : M. Hérard; *Juges* : MM. Cadet de Gassicourt, Duguet, Roques, Chauffard, Brissaud, Le Dentu.

L'épreuve écrite, faite mardi a été :

Des myocardites aiguës. Anatomie pathologique, pathogénie, symptomatologie.

Les autres questions restées dans l'urne étaient :

L'artérite syphilitique ; les abcès intra-hépatiques.

La première séance de lecture des copies a eu lieu jeudi 14 mai, à quatre heures à la Charité.

— Lundi à 12 h. 1/2, a eu lieu la première séance du concours de l'adjuvat.

Juges : MM. Mathias-Duval, président, Farabeuf, Tillaux, Reynier et Poirier.

Candidats : MM. Baillet, Brodier, Ceston, Delbet, Genouville, Morestin, Souligout.

La question tirée au sort pour la composition écrite était : Muscles du voile du palais, anatomie et physiologie.

Concours de l'internat de Saint-Lazare. — Voici la liste des membres du jury pour ce concours, qui s'ouvrira à Saint-Lazare le 19 mai prochain :

MM. E. Vidal, président; MM. Hallopeau, Le Pileur, Jullien.

Enseignement médical libre. — HOPITAL DE LA PITIÉ, M. ALBERT ROBIN. — *Lundi et Samedi.* Examens de malades nouveaux. Leçons cliniques au lit du malade.

Mercredi. Conférence de chimie pathologique au laboratoire.

Jeudi. Leçons cliniques

CHEMINS DE FER D'ORLÉANS

Excursions en Touraine, aux châteaux des bords de la Loire et aux stations balnéaires de la ligne du Saint-Nazaire au Croisic et à Guérande. — 1er itinéraire 1re classe, 95 fr., 2e classe, 70 francs. — Durée : 30 jours.

Paris — Orléans — Blois — Amboise — Tours — Chenonceaux, et retour à Tours — Loches, et retour à Tours — Langeais — Saumur — Angers — Nantes — Saint-Nazaire — Le Croisic — Guérande, et retour à Paris, via Blois ou Vendôme.

La durée de validité de ces billets peut être prolongée une, deux ou trois fois de 10 jours, moyennant paiement, pour chaque période, d'un supplément de 10 0/0 du prix du Billet.

2e itinéraire : 1re classe, 60 francs, 2e classe, 45 francs. — Durée : 15 jours.

Paris — Orléans — Blois — Amboise — Tours — Chenonceaux, et retour à Tours — Loches, et retour à Tours — Langeais, et retour à Paris, via Blois ou Vendôme.

En outre, il est délivré à toutes les gares du réseau d'Orléans, des billets aller et retour réduits de 25 0/0 pour des points situés sur l'initéraire à parcourir, et vice versa.

Ces billets sont délivrés toute l'année, à Paris, à la gare d'Austerlitz et aux Bureaux succursales de la Compagnie et à toutes les gares et stations du réseau d'Orléans, pourvu que la demande en soit faite au moins trois jours à l'avance.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille

Les substances alimentaires étudiées au microscope surtout au point de vue de leurs altérations et de leurs falsifications, par E. MACÉ, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Nancy. — Avec 24 planches coloriées dont 8 reproduites d'après les études sur le vin de M. L. PASTEUR et 408 figures dans le texte. — 1 vol. in-8 de 152 pages. — Prix : 14 fr.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 3 AU 9 MAI 1891

Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 1. — Rougeole, 42. — Scarlatine, 9. — Coqueluche, 3. — Diphtérie, croup, 35. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 229. — Autres tuberculoses, 22. - Tumeurs cancéreuses et autres. 58. — Méningite, 32 — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 45 — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 66. — Bronchite aiguë et chronique, 79. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 115. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 51. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5 — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 41. — Sénilité, 37. — Suicides et autres morts violentes, 45. — Autres causes de mort, 187. — Causes inconnues, 13. — Total 1130

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,

J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

FIÈVRE TYPHOIDE EXPÉRIMENTALE (1),

Par MM. A. Gilbert et J. Girode.

Entre toutes les caractéristiques à l'aide desquelles on a tenté de fixer la signification du bacille d Eberth, l'inoculation aux animaux semblait naturellement appelée à prendre l'importance la plus décisive. Mais il s'en faut que les expérimentateurs aient obtenu des résultats uniformément positifs et concordants.

Les uns ont nié l'action pathogène chez l'animal (Gaffky), d'autres n'ont observé à la suite de l'injection de bacilles typhiques qu'une septicémie aiguë rapidement mortelle (Sirotinin, Beumer et Peiper) et indépendante de toute multiplication du bacille d'Eberth dans l'organisme.

Or, il faut quelque chose de plus pour caractériser une infection typhoïde expérimentale ; il faut une évolution morbide durable, développant dans les foyers d'élection, de par la présence et la multiplication du microbe inoculé, des lésions comparables à celles de la fièvre typhoïde.

Divers observateurs ont obtenu dans cet ordre d'idées des résultats intéressants E. Fraenkel et Simmonds, Fodor, Kilcher, et surtout Walter Cygnæus, ont provoqué chez les animaux, par injection dans les veines, le péritoine ou l'intestin même, d'une culture de bacille typhique, une maladie durant de sept à trente jours, avec diarrhée et amaigrissement. A l'autopsie, on trouvait une tuméfaction avec injection des plaques de Peyer, des ganglions mésentériques et de la rate ; des bacilles étaient constatés en grand nombre dans la paroi intestinale et dans les divers organes.

Les expérimentateurs précédents n'ont pas constaté la production des ulcérations intestinales, qui sont encore la meilleure caractéristique macroscopique de l'infection typhoïde. D'autres observateurs ont été plus heureux. A. Fraenkel, à la suite d'une injection intra-duodénale chez un cobaye mort au dixième jour, trouvait dans la partie inférieure de l'intestin une ulcération circulaire récente mesurant un demi-centimètre de diamètre. Chez un lapin inoculé dans la veine de l'oreille et sacrifié au quatorzième jour, MM. Chantemesse et Vidal ont noté une plaque iléocæcale volumineuse portant un petit ulcère lenticulaire, et en des points plus élevés de l'intestin, plusieurs petites ulcérations recouvertes de caillots sanguins.

En somme, si des résultats positifs existent, la question reste encore ouverte. Aussi nous a-t-il semblé intéressant d'ajouter aux observations antérieures quelques constatations que nous avons récemment faites, et qui nous paraissent pouvoir constituer des documents assez positifs.

(1) Communication à la Société de Biologie, séance du 2 mai 1891.

FEUILLETON

LES HOPITAUX D'ENFANTS EN ITALIE

Rapport adressé à Monsieur le Ministre de l'Intérieur

Par le Dr G. Variot
Médecin des hôpitaux de Paris
chargé d'une mission spéciale en date du 10 Septembre 1890

(*Suite*) (1).

ROME (2).

Il Bambino Gesu.

Cet hôpital est le seul à Rome qui soit entièrement destiné aux enfants.

Il a été fondé, en 1869, par Son Excellence la duchesse Arabella Fitz-James Salviati. — Ses commencements furent très modestes. Le 6 mars 1872, *Il Bambino Gesu* fut installé dans des bâtiments

(1) Voir les nos 18, 19 et 20.

(2) Il est très difficile, comme nous le disions en commençant cette étude, de séparer la Rome moderne de la Rome ancienne.

On nous pardonnera donc de reproduire ici quelques citations qui nous éclairent sur la manière dont les différentes branches de la médecine et de la chirurgie étaient pratiquées chez les Romains. Bien qu'à notre grand regret nous n'ayons rien relevé qui concerne directement la pédiatrie, nous reconnaissons néanmoins que la spécialisation était déjà poussée fort loin à cette époque.

Il y avait à Rome des oculistes (clinici chirurgi ocularii), des dentistes, des médecins pour les maux d'oreille, des sages-femmes (medicæ) pour les accouchements et les maladies qui affectent leur sexe et d'autres spécialistes comme le prouve le texte suivant de Martial (Martial l. X. épigr. 56.)

« *Eximit aut reficit dentem Cassellius ægrum.*
Infestos oculis uris, Higine, pilos
Non secat, et tollit stillantem Fannius uvam
Tristia servorum stigmata delet Eros
Enterocelarum fertur Podalyrius Hermes ».

Cassellius arrache ou guérit une dent malade ; Higinus brûle les poils qui incommodent les yeux, Fannius enlève sans la couper, la

Nos expériences ont porté sur un premier lot de huit cobayes. Nons aurons à revenir sur qnelques animanx de cette première série et sur d'autres actuellement en expérience. Nous nous bornerons anx faits notés sur deux cobayes dont l'histoire se rapporte plus directement à la valeur pathogène du bacille typhique.

Un premier cobaye a été inoculé le 19 décembre dernier sous la pean du dos avec un centimètre cube d'une culture en bouillon de vingt-quatre heures (1). Les jours suivants, l'animal reste immobile, a la diarrhée et maigrit. Il meurt le 2 janvier, quatorze jours après l'inoculation. A l'autopsie, le cæcum est rempli d'un liquide fécal jaune verdâtre, l'intestin grêle contient un peu de liquide muqueux, l'estomac est vide. L'intestin grêle est rosé et injecté, sa mnqueuse boursouflée, les plaques de Peyer saillantes. Dans le cæcum, les plaques sont tuméfiées et ulcérées. On distingue notamment une ulcération profonde, arrondie, ayant près d'un centimètre de diamètre. Les bords sont nets et tuméfiés, le fond un peu inégal et partiellement recouvert de petits caillots sanguins. La muqueuse du pourtour est plus spécialement congestionnée et rouge. On note enfin une tuméfaction appréciable de la rate, du foie, et des ganglions mésentériques. Ces derniers sont surtout très apparents au voisinage de la région cæcale, et tout près de l'intestin, leur teinte est brunâtre et leur consistance faible.

Un deuxième cobaye a été inoculé de la même manière le 17 février, avec un demi-centimètre cube d'une culture en bouillon de vingt-quatre heures. L'animal présente les mêmes symptômes, maigrit considérablement et meurt le 21 mars, trente-deux jours apès l'injection. Les lésions trouvées à l'autopsie sont très semblables à celles du cas précédent. La muqueuse intestinale est congestionnée et ramollie. Les plaques de Peyer de l'intestin grêle sont moins profondément ulcérées, mais présentent des exulcérations inégales, ou reproduisent l'aspect des plaques gaufrées de la dothiénentérie humaine.

L'étude histologique de l'intestin et des ganglions nous a fourni des renseignements importants. Les coupes de la paroi intestinale intéressant une ulcération montrent qu'au niveau de cette dernière toute l'épaisseur de la muqueuse est détruite. Le fond de l'ulcération est formé par la celluleuse épaissie et très altérée. L'infiltration leucocythique est modérée, empiétant un peu sur les couches superficielles de la tunique musculaire sous-jacente. Ce qui domine, ce sont les dilatations et oblitérations de vaisseaux, qui se montrent d'une manière diffuse dans toute l'épaisseur de la région celluleuse malade. Les thrombus sont tantôt récents et à globules reconnaissables, plus souvent, surtout vers la surface, en transformation vitreuse. Les éléments de la musculeuse sont dissociés par un état œdémateux qui donne à cette tunique un aspect aréolaire contrastant avec la texture serrée des parties voisines. Au pourtour de l'ulcération, la couche glandulaire offre les lésions de l'inflammation catarrhale.

On note dans les ganglions mésentériques quelques thromboses vasculaires et une apparence plus dense et tassée des éléments lymphatiques dans la zone corticale.

L'examen bactériologique a porté sur des coupes des mêmes parties (1). Au niveau de l'ulcère intestinal, on constate l'existence d'nn très grand nombre de bacilles reproduisant l'aspect général des amas du bacille d'Eberth. Les bacilles sont généralement réunis en groupes; ceux-ci sont tantôt peu considérables et occupent les vaisseaux à thrombus non désintégrés, tantôt forment des amas extrêmement riches infiltrant les espaces conjonctifs d'un véritable feutrage. Il existe de plus de petits groupes disséminés çà et là entre les précédents; on en retrouve jusque dans les couches superficielles de la tunique musculaire et même quelques-uns dans la couche sous-endothéliale du péritoine.

Dans les coupes de ganglions, les bacilles sont beaucoup plus rares, plus courts, isolés ou groupés en très petits amas qu'on observe de préférence dans la zone corticale. Il existe également quelques groupes bacillaires à l'intérieur des vaisseaux thrombosés.

M. Chantemesse, que ces faits intéressent tout particulièrement, a examiné les coupes des mêmes organes colorées par la méthode de Kuhne et a constaté les mêmes particularités.

Nous devons ajouter qu'au moment de l'autopsie, nous avons fait avec le suc splénique et le liquide intestinal des ensemencements qni nous ont fourni des cultures très régulières et

(1) Cette semence de bacille d'Eberth avait été obtenne un mois auparavant d'une rate typhique, dans un cas mortel à allure particulièrement maligne.

(1) Coloration au bleu de Lœffler pendant dix minutes à 50 degrés, lavage dans l'eau distillée pendant un quart d'heure, séchage par un courant d'air, et examen direct dans une goutte d'huile de cèdre.

---

spéciaux et, depuis lors, grâce au zèle infatigable de la fondatrice, il n'a cessé de s'accroître.

Récemment cet hôpital a été transporté dans une des parties les plus salubres de la ville, sur le versant du Janicule ; il occupe les dépendances du couvent de San Onofrio, célèbre par le dernier séjour qu'y fit le Tasse et par sa mort.

---

luette relâchée ; Eros efface les stigmates des esclaves ; Hermès est le Podalyre des gens affectés de hernies.

Remarquons que les tristia servorum stigmata, n'étalent bien sonvent que des tatouages.

Asclépiade préconisait l'hydrothérapie.

Les médecins donnaient lenrs consultations, vendaient et délivraient leurs remèdes; ils cumulaient les fonctions de pharmacien, faisaient même leurs opérations dans des échoppes on boutiques ouvertes sur la rue. (Epictète, III, 23, 30.)

L'organisation des médecins de l'Assistance publique mérite aussi d'être rappelée brièvement.

« Vers la même époque à peu près (toujours sous Constantin, furent institués des Archiâtres d'un autre ordre ayant pour fonctions principales d'assurer des secours médicaux à tous les habitants des deux villes impériales.

« Il en fut établi un par chaque région de la ville savoir : quatorze à Rome et sept à Constantinople, et ils furent appelés, Archiâtres populaires.

« Comme traitement, il leur fut alloué une aumône (livraison en nature, comme aux soldats) et ils furent, en outre, exonérés de toutes les charges publiques, eux, leur femme et leurs enfants.

« Par contre, ils étaient obligés de donner gratuitement lenrs soins aux citoyens pauvres, et d'instruire dans leur art les enfants de condition libre. — Ils étaient sous les ordres immédiats du préfet de la ville qui veillait à ce qu'ils fussent toujours au complet.

Si une place devenait vacante parmi enx, ce magistrat les couvoquait afin de pourvoir à leur vacance par voie d'élection et à la majorité absolue des suffrages.

« Ils se recrutaient donc par eux-mêmes, mais leur choix devait être soumis à l'approbation de l'empereur — sans laquelle l'installation de l'élu ne pouvait avoir lieu. — Chacun des Archiâtres nommés devait prendre rang parmi ses collègues, à l'ancienneté. » (Daremberg et Saglio. *Dictionnaire des Antiquités grecques et romaines*, t. I. — *Archiatrus*, pp. 373.-374. L'article est signé Dr René Briau. »)

Le titre d'Archiatrus avait été d'abord porté par les médecins des empereurs. Andromaque, le médecin de Néron, est le premier désigné

actives du bacille d'Eberth, dont les réactions ont été ultérieurement fixées avec toute la netteté désirable.

Tels sont les faits que nous avons observés. Leur signification paraît suffisamment simple pour que nous nous dispensions de longs commentaires. L'évolution et la durée de la maladie provoquée, le siège et la forme des lésions, la mise en relief de l'agent pathogène surpris en pleine multiplication sur l'organisme en cause, tous ces caractères rappellent assez nettement les traits de l'infection typhoïde humaine.

Nous ne voulons pas dire qu'il s'agit d'un ensemble absolument spécial, et qu'un tableau analogue ne s'aurait s'observer au cours d'infections expérimentales différentes. Ce que nous croyons pouvoir affirmer c'est qu'il y a dans ces faits les éléments d'une légitime comparaison avec ce qui constitue aujourd'hui, pour la presque unanimité des auteurs, la doctrine anatomo-clinique et bactériologique de la dothiénentérie humaine.

Il est un dernier point que nous voudrions faire ressortir en terminant. Les cobayes ont reçu la culture virulente sous la peau du dos, et ils ont réagi de la même manière que les animaux injectés dans les veines, le péritoine ou l'intestin même. Ceci confirme la pluralité possible des voies et des modes de pénétration du bacille d'Eberth dans l'économie. Sans vouloir forcer les analogies, nous dirions volontiers qu'il faudra savoir, à l'occasion, garder le tégument externe d'une contamination par le bacille typhique, contamination qui, dans certaines conditions de doses et de virulence, a pu se montrer si efficace chez l'animal.

CHIRURGIE PRATIQUE

DE LA CIRCONCISION ENVISAGÉE PRINCIPALEMENT CHEZ L'ADULTE. — MANUEL OPÉRATOIRE ET PRATIQUE SIMPLIFIÉE DE L'OPÉRATION. — SOINS PRÉLIMINAIRES ET CONSÉCUTIFS (1).

Par le Dr Paul THIÉRY.
Prosecteur de la Faculté.

(*Suite et fin*) (1).

PANSEMENT

Enfin vient la question du pansement qui n'est pas la moindre de celles qui peuvent inquiéter le chirurgien la mobilité de la région sur laquelle il doit être appliqué, la proximité du méat, l'attention que l'on doit accorder aux exigences de la miction le rendent difficile à appliquer à tel point que nous avions cru tourner la difficulté de la manière suivante :

Attirant fortement la peau du fourreau en avant, nous opérions la section en un point qui, la rétraction opérée, siégeait fort loin de la base du gland, réséquant fort peu de la muqueuse du gland, nous en rabattions la presque totalité vers la surface de section de la peau. Opératoirement, le résultat était bon, car la cicatrice rejetée en arrière fort loin de la base du gland, était facile à protéger par un pansement antiseptique (1); esthétiquement il fut mauvais et cela pour deux motifs; en premier lieu la base du gland très découverte, le sillon béant étaient en opposition avec l'anatomie des formes normales, en second lieu, bien que la muqueuse ainsi renversée et devenant l'enveloppe de la partie antérieure du fourreau se cutanéisât convenablement, elle ne prenait point la pigmentation des téguments normaux de la verge, d'où contraste de coloration assez choquant entre le pénis antérieur blanc et le pénis postérieur plus ou moins pigmenté. Nous avons dû, pour ces raisons, renoncer à ce procédé.

Voici comment nous pratiquons le pansement aujourd'hui : nous gardant bien de saupoudrer la ligne de réunion de cristaux d'iodoforme qui s'insinuent toujours entre les lèvres, nous en saupoudrons seulement le pubis; un petit carré de gaze iodoformée, perforé à son centre, laisse passer le gland et s'applique étroitement sur la verge; deux rouleaux d'ouate sont disposés dans le pli inguinal parallèlement à la verge. Une feuille de tarlatane empesée, sèche, incisée, suivant une languette médiane cunéiforme faisant volet est placée au devant et recouvre le gland; le tout est fixé soit par un caleçon de bains fenêtré au niveau du gland, soit par un spica léger de bandes de tarlatane, qui laisse à découvert le point qui correspond au gland.

Le malade qui a uriné avant l'opération et avant la mise en place du pansement, n'urinera pas avant la première levée de celui-ci qui a lieu le soir; si le besoin est pressant il s'age-

(1) Voir *Gazette médicale*, 1891, n° 16,, 17 18, 19 et 20.

(1) De plus les artères du frein étant constamment respectées, l'hémostase était facile : toutes les conditions se trouvaient donc réunies pour l'obtention d'une réunion par première intention type, à savoir affrontement exact, hémostase, antisepsie qui sont les trois seuls désidérata de la réunion.

Nous avons pénétré dans l'hôpital en traversant un cloître orné d'une colonnade fort curieuse : sur les murs, des fresques du Dominiquin sont conservées sous verre.

Les salles sont mixtes pour la médecine et la chirurgie; l'aménagement en est confortable; l'éclairage et la ventilation sont bien assurés; les lits sont suffisamment espacés les uns des autres.

Au rez-de-chaussée sont disposées plusieurs pièces séparées pour

sous le nom d'Archiâtre. — Le médecin des Vestales et celui du Portique appelé Xyste, avaient droit au titre d'Archiâtre.

A Rome, il existait une *Schola médicorum*, lien de réunion et d'exercices scientifiques pour les médecins et qui pourrait bien avoir été une école d'enseignement médical. Cette *Schola* était située sur le mont Esquilin, *loc. cit.*, passim.

Les médecins Romains n'échappaient pas plus au ridicule et à la critique que les médecins du temps de Molière.

La cruauté de quelques chirurgiens attachés à la guérison des blessures *vulnerarii* les fit appeler *Carnifices*. (Pline. *Hist. nat.*, XXIX, 1.)

On n'épargnait pas aux médecins les accusations d'avortement, ni surtout d'adultère. (Martial, liv. VI, *épigr.* 31.)

« *Uxorem, Charideme, tuam scis ipse, sinis que*
A medico futui. Vis sine febre mori. »

« Ton médecin est l'amant déclaré de ta femme, tu ne l'ignores pas, Charidème, et tu le souffres! Ta complaisance montre bien que tu veux mourir sans fièvre. »

Les malades se plaignent aussi d'être l'objet d'explorations répétées et fatigantes de la part des élèves, s'efforçant de répéter les manœuvres du maître. (Martial, liv. V, épigr. 9) :

« *Languebam, sed tu comitatus protinus ad me*
Venisti centum, Symmache, discipulis, Centum me
Tetigere manus aquilone gelatæ.
Non habui febrem, Symmache, nunc habeo. »

« Je languissais dans mon lit et voilà que tu viens, Symmaque, escorté de cent disciples. Cent mains glacées par l'aquilon, me touchent le corps. Je n'avais pas la fièvre, je l'ai maintenant, ô Symmaque. »

(Le plus grand nombre de ces documents sont extraits de Friedlander. *Mœurs romaines du siècle d'Auguste à la fin des Antonins.* Traduct. libre faite par Vogel. (Reinwald, 1865, 4 vol. in-8°.)

Il serait facile de faire des rapprochements plus nombreux entre les médecins romains et les médecins modernes, mais nous devons nous borner à un simple aperçu historique.

nouille, écarte la ouate qui recouvre le gland, soulève le volet de tarlatane, urine, et après avoir essuyé le méat avec de l'ouate phéniquée pour éviter le contact de la plaie avec la dernière goutte d'urine, remet le tout en place.

Ce pansement qui paraîtra peut-être compliqué, mais qui est en réalité d'une facilité extrême à appliquer, tranche la question de la mise en place d'une sonde à demeure toujours si pénible à supporter.

Il est rare qu'au deuxième pansement qui se fait le lendemain matin, on ne puisse substituer à ce pansement volumineux le simple bandage circulaire de la verge.

SOINS ULTÉRIEURS.

Les soins consécutifs sont simples : dès le soir il est nécessaire de pratiquer un premier pansement; si tout a été bien on peut supprimer la moitié des serres-fines et plus; il nous est arrivé de n'en laisser que 2 ou 3 en place pour la nuit. Le malade urine de nouveau et les boissons en abondance étant prescrites, il peut souvent attendre le pansement du lendemain. On doit enlever dès le soir le plus de serre-fines possible : il est toujours prudent d'en laisser quatre, indispensable d'en laisser deux l'une au frein, l'autre à la face dorsale (1). Le même pansement est remis en place : il faut aussi veiller à la rétention durine possible mais moins fréquente que ne l'assurent les auteurs au moins chez l'adulte.

Deux moyens peuvent être mis en usage pour s'opposer aux érections nocturnes si fréquentes après cette opération et si préjudiciables à la réunion par l'effort mécanique qu'elles exercent et par la congestion du foyer de l'opération : ce sont la veille et les aspersions d'eau froide sur le bas ventre; ce dernier n'est évidemment que palliatif et très aléatoire; tout malade soucieux du résultat consentira à résister au sommeil, abrégeant ainsi de plusieurs jours par une faible privation le séjour au lit qui, dans les cas normaux, peut être réduit à environ quarante-huit heures.

Nous ajoutons peu de foi aux vertus du camphre et du bromure de potassium; complètement incrédules quant au premier, nous ne croyons à l'efficacité du second que grâce à un... entraînement préalable d'assez longue durée.

(1) Tout suintement sanguin exige le maintien en place de la serre-fine correspondante, il est rare si l'hémostase a été bien faite qu'on ne puisse relever dès le soir la moitié ou les deux tiers des serre-fines.

Le lendemain matin le pansement est fait de nouveau; il est ordinairement possible de supprimer la presque totalité des serre-fines à l'exception de la serre-fine du frein et de la serre-fine dorsale qui devront être détachées au plus tôt à la fin du 2e jour.

Les mêmes soins de propreté étant pris, on peut appliquer un bandage circulaire; la verge restera relevée par une planchette, car on doit prévenir l'œdème assez fréquent de la portion restante de la muqueuse préputiale.

Dans les cas les plus favorables il sera possible de faire lever le malade au bout de quarante-huit heures, plus souvent dans le courant du 3e jour (1); il sera bon de ne pas supprimer tout pansement bien qu'à ce moment la réunion doive être parfaite. Après sa sortie de l'hôpital il devra observer une continence assez longue de vingt jours environ, minimum nécessaire à la production d'une cicatrice solide et à la cutanéisation de la portion couverte du feuillet muqueux.

RÉSUMÉ.

Nous résumerons brièvement les indications très précises que nous avons cherché à établir en ce qui concerne l'opération par le procédé que nous dirions volontiers de choix :

SOINS PRÉLIMINAIRES. — Raser le malade.
Antisepsie de la cavité balano préputiale.
Administration facultative de bromure de potassium.
Le malade a dû uriner.
Le chirurgien s'est assuré qu'il n'y a pas d'adhérences.
Anesthésie ou non, suivant les cas.

OPÉRATION. — 1° Reconnaître et marquer le lieu d'élection de la section;
2° Fixer le prépuce avec des pinces et appliquer le clamp au moins perpendiculairement à l'axe du fourreau;
3° Section du prépuce;
4° Section et résection de la muqueuse;
5° Hémostase parfaite;
6° Renversement de la muqueuse et toilette du sillon rétro-balanique;
7° Application des serres-fines (14 environ suivant le diamètre de la verge);
8° Faire uriner le patient;

(1) C'est là une marche régulière dont les cas normaux ne s'écartent guère.

---

l'isolement des enfants atteints de maladies contagieuses. Mais nous doutons qu'avec une installation semblable, la contagion puisse être entravée efficacement; les chambres d'isolement sont en réalité enclavées dans le bâtiment commun.

Nous avons appris qu'on cherchait en ce moment à faire exproprier les terrains voisins, pour faciliter la construction de pavillons où seraient relégués les contagieux. — On pense aussi à installer des cuves à désinfection pour le linge et les vêtements.

Les enfants atteints d'affections chirurgicales sont prédominants à l'hôpital de l'Enfant-Jésus.

En 1889, la moyenne des présences dans la section de chirurgie a été de 106; elle n'a été que de 44 dans la section de médecine. — On compte environ 200 lits tant pour la section de médecine que pour la chirurgie.

L'établissement est alimenté en grande partie par les libéralités de la fondatrice et par les donations d'autres bienfaiteurs. Un don de 600 lires par an, donne droit à l'inscription du nom du donateur au chevet du lit (comme dans les hôpitaux-dispensaires de Londres).

La ville de Rome contribue aussi à subventionner l'hôpital, elle paie 1 fr. 90 par jour pour un certain nombre d'enfants indigents.

Le personnel chirurgical se compose d'un chirurgien en chef et de deux assistants; d'un médecin en chef avec un assistant ordinaire; un assistant extraordinaire est attaché uniquement au service des contagieux.

Les sœurs de la charité de Saint-Vincent de Paul, au nombre de 13, sont chargées des soins hospitaliers.

Dispensaire. — Trois fois par semaine des consultations gratuites sont délivrées pour les maladies des enfants. (1).

(1) Ces documents d'une stricte exactitude sont puisés dans la *pediatra chirurgica* du Dr Francesco TOPAI, chirurgien en chef de Il Bambino Gesu. — Ce savant a l'habitude, depuis dix ans, de publier une statistique complète des cas de chirurgie qui ont été traités dans l'hôpital. Les observations les plus remarquables sont longuement détaillées et commentées. Ce recueil, qui rappelle les statistiques anglaises des hôpitaux-dispensaires de Londres, forme une collection clinique du plus haut intérêt.

(*A suivre.*)

9° Pansement.

SOINS CONSÉCUTIFS. — *Premier pansement* le soir : ablation de la moitié des serres-fines environ, le malade urine; il devra veiller toute la nuit; songer à la rétention d'urine.

Deuxième pansement le lendemain matin; on enlève s'il est possible les dernières serres-fines sauf deux; le malade peut uriner seul; bandage circulaire.

Troisième pansement le lendemain soir ou le surlendemain matin; les deux dernières serres-fines sont enlevé; dans le courant de la journée le malade peut se lever. La réunion est parfaite mais non solide.

Telle est la conduite dont le chirurgien ne doit guère s'écarter et qui lui permet de fixer d'une façon presque certaine le jour de l'opération et celui de la guérison définitive et totale.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

COMMENTAIRE DE LA NOUVELLE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Projet discuté et adopté par la Chambre des députés, dans ses séances des 17 et 19 mars 1891. (Journal Officiel des 18 et 20 mars 1891).

par le Dr F. DE RANSE

et A. LÉCHOPIÉ, avocat à la Cour de Paris.

(Suite) (1).

PRESCRIPTION ET PRIVILÈGE

ARTICLE 17

L'action des docteurs en médecine, des officiers de santé, des dentistes et des sages-femmes pour leurs honoraires se prescrit par cinq ans.

Les créances privilégiées sur la généralité des meubles, stipulées au troisième paragraphe de l'article 2101 du Code civil, y figureront désormais dans les termes suivants :

3° Les frais quelconques de dernière maladie, quelle qu'en ait été l'issue.

Prescription quinquennale. — Que la nouvelle disposition soit plus avantageuse au médecin que l'ancienne prescription d'un an, c'est incontestable; mais était-il bien nécessaire d'accorder un aussi long délai? Il y a longtemps que nous demandons, dans un intérêt général, l'établissement de très courtes prescriptions libératoires, à peu prés en toutes matières. Dans le même intérêt, nous les voudrions uniformes, et non par catégories de professions, avec des distinctions qui n'ont pas de raisons d'être appréciables. Deux ou trois ans, au maximum, en toutes matières, ne serait ce pas largement suffisant? Ne devrait-on pas prendre l'excellente habitude de régler rapidement, presque comptant, au moins toutes ces petites dettes de la vie courante, et le créancier, qui attend plus de deux à trois ans, n'a-t-il vraiment rien à se reprocher lui-même? Ne s'en rapporte-t-il pas à peu près uniquement à la bonne volonté et aux hasards de la solvabilité de son débiteur, lorsqu'il laisse passer ce délai sans l'actionner en justice? Le droit du créancier est à coup sûr très respectable, mais il ne faut point, pour cela, sacrifier le débiteur qui trouve une tranquillité, une garantie légitimes, dans les très courtes prescriptions, pour des dettes qui s'acquittent généralement de toute confiance et sans reçus. Rester cinq ans sous le coup de réclamations de cette nature, qui peuvent être erronées ou formulées par des héritiers se basant sur des livres ou carnets retrouvés, c'est beaucoup trop. En tous cas, voici les médecins astreints à donner des reçus. On peut n'en pas donner pour un an, il serait malhonnête de n'en point donner, de n'en point proposer, quand il faut cinq ans pour être libéré.

Il résulte des divers rapports que les médecins se considéraient comme humiliés d'être classés par l'article 2272 du Code civil, dans une même catégorie, avec les huissiers, marchands et domestiques; les voici, maintenant, traités comme des propriétaires (Art. 2277 du Code civil). — Que diraient-ils si leur action était prescrite instantanément, comme celle des avocats du Barreau de Paris?

Et puis voilà, par pudeur sans doute, les sages-femmes et les dentistes qui obtiennent le même bénéfice. La situation est cependant sensiblement différente, car il est bien certain que l'accouchement fait par une simple sage-femme et surtout la dent extirpée, par l'opérateur se paient ordinairement dans le plus court délai, si ce n'est même de suite. Quant aux pharmaciens qui se trouvaient aussi compris dans l'article 2272, comme il n'est question de leur action ni dans la loi actuelle, ni dans celle sur la pharmacie, ils auront la honte de rester en compagnie des huissiers et des domestiques!

L'article 17 ne parle que des honoraires, sans s'expliquer sur les fournitures d'appareils et médicaments que peuvent faire, accessoirement et dans certains cas, à leurs clients, les personnes y désignées. Nous croyons qu'on devra leur appliquer la règle : *Accessorium sequitur principale* et qu'il conviendra de les traiter comme les honoraires, et non pas de leur appliquer la prescription annale du troisième paragraphe de l'article 2272 relatif à la vente de marchandises par les marchands aux particuliers non marchands ainsi qu'une certaine jurisprudence l'avait décidé pour les dentistes (7e chambre du tribunal de la Seine, 24 janvier 1890 et 28 février 1891.)

On sait que si la jurisprudence, sous l'empire de l'ancienne loi, étendait la prescription des médecins à l'action des sages-femmes, il y avait grande divergence à l'égard des dentistes. En effet, tandis qu'un jugement du tribunal de paix du 1er arron-issement de Paris, du 20 septembre 1889, et un jugement de la 7e chambre du tribunal civil de la Seine, du 24 janvier 1890, déclaraient leur action prescriptible par trente ans seulement, un récent jugement de la même chambre du tribunal de la Seine, en date du 28 février 1891, la déclarait prescriptible, comme celle des médecins, par un an. Dorénavant la règle sera la même pour tous.

Il est à remarquer que le législateur n'a pas cru devoir trancher, dans l'article 17, la fameuse et délicate question de savoir si le délai de la prescription partira de chaque visite, ou s'il commencera à courir du jour de chaque traitement ou opération terminés (c'est en ce dernier sens que se prononce généralement la jurisprudence). Du moment que l'on modifiait l'ancien texte, il eût été bon de s'en expliquer. Il est vrai que la question perdra un peu de son importance avec le délai beaucoup plus long.

Disons que, conformément aux principes généraux du droit, l'article 17, malgré son silence, ne saurait avoir aucun effet rétroactif sur les créances d'honoraires nées avant la promulgation de la nouvelle loi.

Enfin, le législateur, après avoir édicté une nouvelle disposition sur la prescription, abroge bien, par son article 33 ci-après, la disposition de l'article 2272 du Code civil, en ce qui concerne les médecins seulement, mais sans y introduire l'article nouveau, à la différence de ce qu'il fait pour la question du privilège. Il y a là un vice qui a des conséquences juridiques possibles. Les jurisconsultes ne se demanderont-ils pas si le serment pourra être déféré à ceux qui opposeront la

(1) Voir les numéros 14, 15, 16, 17, 18, 19 et 20.

prescription quinquennale, conformément à l'article 2275 du Code civil régissant les prescriptions inférieures à cinq ans, ou s'il y aura lieu de refuser ce moyen de preuve et de traiter la nouvelle prescription par l'article 2277 qui régit les prescriptions de cinq ans et ne permet pas la délation du serment, selon une jurisprudence constante?

Privilège. — La seconde partie de l'article 17 est relative au privilège et a eu pour objet de trancher la fameuse question controversée de savoir si l'article 2101 du Code civil n'accordait privilège que pour la maladie suivie du décès du malade, ou bien pour la maladie même non suivie de décès qui se trouvait être la plus rapprochée de l'événement (faillite ou déconfiture) donnant lieu à une contribution entre les créanciers? Tandis que les auteurs étaient pour l'extension du privilège, la jurisprudence, surtout celle du tribunal de commerce de la Seine, se prononçait généralement en sens contraire. Cette jurisprudence avait pour conséquence de récompenser, en quelque sorte, le médecin dont le malade venait à décéder. La loi nouvelle a fait disparaître cette monstruosité.

Elle aurait peut-être pu, en même temps, dire ce qui constitue la *dernière maladie*, au cas où il s'agit d'une maladie chronique. Même observation à faire sur le point douteux de savoir si la dernière maladie doit comprendre non seulement celle du débiteur, mais aussi celle de sa femme ou de ses enfants, dans les cas de faillite ou liquidation judiciaire.

Quand on fait une loi, il importerait, pour les intéressés, de régler autant que possible, toutes ces controverses qui font naître les procès. La loi sur la médecine a bien été étudiée et discutée par les médecins les plus compétents et les plus éminents; mais quand se décidera-t-on à s'adjoindre le concours des jurisconsultes-spécialistes, pour la préparation de nos lois? Il y va de l'intérêt de tous. Jusque-là, on ne fera jamais rien de bien ni de complet

Enfin, il eût été plus correct d'employer les expressions « frais quelconques *de la* dernière maladie », que celles-ci « frais quelconques DE dernière maladie » qui seraient mieux à leur place, s'il s'agissait uniquement de la maladie suivie de décès. Le mode de rédaction de l'article 2101, à cet égard, faisait même partie de l'argumentation à laquelle il donnait lieu, en faveur de l'extension du privilège.

Disons aussi que l'article 2101 portait « les frais quelconques de dernière maladie, *concurremment entre ceux à qui ils sont dus.* » Ces derniers mots ont été omis dans la nouvelle rédaction. Certes le sens n'en est point changé. Toutefois ces expressions précisaient peut-être mieux que la disposition ne visait pas exclusivement les médecins, mais tous ceux qui ont fourni des soins ou remèdes dans la dernière maladie, tels que pharmaciens, sages-femmes, garde-malades. Cette observation est d'autant plus utile qu'il s'agit d'une modification apportée par une loi spéciale à la médecine.

(*A suivre.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE PHARMACOLOGIE

I. — LE CHLORHYDRATE DE PHÉNOCOLLE, UN NOUVEAU MÉDICAMENT ANTIPYRÉTIQUE ET ANTIRHUMATISMAL, par le Dr HERTEL. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 15, p. 521.)

II. — SUR L'ALOÈS, par le Dr MEYER (*Archiv. für experiment. Pathologie und Pharmakologie*, t. XXVIII, fasc. 3 et 4, p. 197, 1891.)

III. — SUR LE SORT DES SELS DE FER APRÈS LEUR PÉNÉTRATION DANS LE SANG, par le Dr JACOBY. (*Ibidem*, p. 256.)

IV. — SUR LES COULEURS D'ANILINE EMPLOYÉES COMME ANTISEPTIQUES, par M. le prof. J. STILLING. (*Ibidem*, p. 351.)

V. — RECHERCHES CALORIMÉTRIQUES SUR LE MÉCANISME D'ACTION DE LA QUININE ET DE L'ANTIPYRINE, par le Dr GOTTLIEB. (*Ibidem*, p. 167.)

I. — Le produit désigné par Hertel sous le nom de chlorhydrate de phénocolle a été obtenu par voie de synthèse en combinant la phénétidine avec l'acide amido-acétique. La combinaison s'effectue avec élimination d'eau. Le chlorhydrate de phénocolle ne serait en somme que le chlorhydrate d'une base qui a pour formule

$$C^6H^4 \begin{cases} OC^2H^5 \\ AzH - OC,CH^2 - AzH^2 \end{cases}$$

et pour dénomination scientifique *amido-acet-paraphénétidine.*

Voici les caractères pharmacologiques du nouveau produit: C'est une poudre blanche, cristalline, soluble dans 16 fois son poids d'eau à 17°. Cette solution est neutre, et laisse déposer par refroidissement des cristaux de même forme que ceux de l'antipyrine. Le chlorhydrate de phénocolle n'est soluble dans l'alcool qu'à chaud; en se précipitant de ses solutions alcooliques, il se cristallise en forme d'aiguilles.

La base n'est que très peu soluble dans l'eau froide, c'est pourquoi le chlorhydrate est d'un emploi préférable pour les usages thérapeutiques. Elle est très soluble dans l'eau chaude, assez soluble dans l'alcool, peu dans l'éther, dans le benzol et dans le chloroforme. Le phénocolle anhydre fond à 100°,5, le phénocolle hydraté à 25°. Il résiste assez bien à l'action d'une solution bouillante et diluée d'un alcali caustique ou d'un carbonate alcalin ou d'une solution acide diluée; c'est seulement après une ébullition prolongée qu'il se dédouble en phénétidine et en glycocolle.

Le chlorhydrate de phénocolle n'est pas un poison; injecté directement dans les vaisseaux d'un animal, il n'exerce pas d'action délétère sur le sang, c'est du moins ce qui semble découler des expériences faites par le prof. Kobert, de Dorpat.

D'autres expériences, faites dans le laboratoire du prof. von Mering, de Halle. ont démontré que chez un lapin de forte taille, 1 gr. 5 de chlorhydrate de phénocolle ne produit pas d'effets appréciables. Des expériences faites sur des fiévreux (fièvre typhoïde, pneumonie) ont montré qu'à la dose de 1 gramme, le nouveau médicament abaisse la température fébrile de près de 2°, sans algidité, sans cyanose, sans sueurs abondantes. A la dose de 0 gr. 5 à 1 gramme, le chlorhydrate de phénocolle agit comme nervin et comme antinévralgique.

Enfin, d'après les expériences faites dans le service de M. Gerhardt, de Berlin, et dont rend compte M. Hertel, le chlorhydrate de phénocolle, administré en solution aqueuse, à la dose quotidienne de 1/2 à 1 gramme, a produit des effets antipyrétiques et antirhumatismaux très remarquables, dans 3 cas de phtisie avec lésions cavitaires et dans 3 cas de rhumatisme articulaire aigu. Dans un autre cas de phtisie avec lésions cavitaires et fièvre hectique très intense, des doses de 1/2 gramme de chlorhydrate de phénocolle n'ont pas produit le moindre effet antipyrétique, et il a fallu suspendre la médication, qui déterminait une grande répugnance et des nausées.

Les résultats obtenus chez les autres phtisiques sont résumés dans ces termes par M. Hertel: une dose unique de 1/2 gramme fait baisser la température de 1/2 degré pour un temps assez court. Quand la même dose est répétée d'heure en heure jusqu'à absorption de 1 gr. 5 de substance médicamenteuse, il se produit, mais pas régulièrement, un abaissement de tempéra-

ture de 1° environ, de courte durée. Une dose unique de 1 gramme produit le plus souvent un abaissement de température qui, en l'espace de quelques heures, atteint 1° à 1° 1/2 et qui dure environ deux heures.

Lorsque la quantité totale de chlorhydrate de phénocolle, administrée dans le courant d'une journée, s'élève à 5 grammes, on réussit presque toujours à obtenir une défervescence complète. Il a semblé que les résultats étaient moins bons, moins sûrs, lorsque les températures hyperpyrétiques étaient vespérales que lorsqu'elles étaient diurnes. Le relèvement de la température interne s'effectuait sans incidents fâcheux et notamment sans sueurs et sans frissons.

Chez les rhumatisants (rhumatisme articulaire aigu), le nouveau médicament n'a pas exercé grande influence sur la marche de la température: mais, par contre, à la dose quotidienne de 5 grammes, le chlorhydrate de phénocolle a dissipé les douleurs et la tuméfaction articulaires dans des cas où le résultat n'avait pu être obtenu avec le salicylate de soude, l'antipyrine et la phénacétine.

En réalité, les expériences faites avec le chlorhydrate de phénocolle sont encore trop peu nombreuses et trop peu probantes pour qu'on puisse émettre un jugement sur la valeur thérapeutique de ce nouveau médicament.

Dans un cas d'arthrite blennorrhagique grave, où un essai a été fait avec le chlorhydrate de phénocolle, l'échec a été complet.

D'après les recherches faites dans le service du prof. Gerhardt, l'élimination du nouveau médicament s'effectuerait principalement par les reins et en très peu de temps (douze heures au plus). Les reins ne subissent pas d'influence nocive, du fait de cette élimination.

II. — On sait que le suc de l'aloès est un mélange d'une matière résineuse, soluble dans l'eau bouillante, et d'une substance cristallisable, l'aloïne, douée des mêmes propriétés que l'aloès, à un degré plus élevé suivant les uns, à un degré moindre, suivant d'autres. Ces divergences s'expliquent en grande partie par ce fait que les aloïnes extraites des différentes espèces d'aloès sont loin de représenter des produits entièrement comparables eu égard à leur action pharmacodynamique. Il y a là une question de pharmacologie, qui est loin d'être suffisamment élucidée. M. Hans Meyer a entrepris des recherches à l'institut pharmacologique de Marbourg, dans le but de mieux nous faire connaître les propriétés des aloïnes tirées de trois des principales variétés d'aloès : l'aloès des Barbades, l'aloès de Curaçao et l'aloès de Natal. Je ne parlerai que des seuls résultats de l'auteur relatifs à l'action physiologique des trois aloïnes en question.

D'après M. H. Meyer, l'aloïne extraite, soit de l'aloès des Barbades, soit de l'aloès de Curaçao, agit comme purgatif, qu'on l'administre par la voie buccale ou par la voie sous-cutanée. La dose efficace est approximativement la même dans les deux cas, sans doute parce que dans les deux cas la masse principale de l'aloïne administrée parvient dans l'intestin et quitte l'organisme par cette voie. Aussi après les injections sous-cutanées d'aloïne, celle-ci a toujours été retrouvée en quantités considérables dans l'intestin, tandis que les urines n'en contenaient que des traces infinitésimales. Quand l'aloïne était administrée par les voies ordinaires, on n'en retrouvait plus de traces dans l'urine (à l'exception d'une seule fois), cela chez l'homme, chez le chien et chez le chat : chez le lapin, l'aloïne ne produit pas d'effets purgatifs, mais développe, par contre, une violente irritation rénale, dont les conséquences peuvent être mortelles, tout cela même quand, par un régime approprié, on avait eu soin de rendre préalablement alcalines les urines de l'animal en expérience.

Entre le moment où l'aloïne est administrée et le moment où se produisent les effets purgatifs, s'écoule un temps assez considérable (de huit à cinquante heures). Il est donc vraisemblable que les effets purgatifs ne sont pas exercés directement par l'aloïne, mais par un de ses dérivés qui prend naissance dans l'intestin. L'aloïne est facilement attaquée par les alcalins et par les sels métalliques. L'idée est donc venue à M. H. Meyer d'essayer de renforcer l'action de l'aloïne en adjoignant à cette substance du carbonate de potasse et du sulfate de fer. Avec ce dernier il a semblé que le résultat était atteint.

Chez le chien et le chat, l'aloïne extraite de l'aloès de Natal, et administrée par les voies ordinaires, ne produit des effets purgatifs qu'à très fortes doses, à moins qu'on ne lui associe des alcalins, en quel cas elle semble dépasser en activité l'aloïne de l'aloès des Barbades. Chez l'homme, l'aloïne de l'aloès de Natal est inefficace avec ou sans l'association des alcalins ; pour obtenir des effets purgatifs, il fallait préalablement soumettre le sujet en expérience à la diète carnée pendant six jours au moins (viande, œufs, fromages).

Les résines des diverses variétés d'aloès, quoique ne contenant que de très faibles quantités d'aloïne, ont une activité purgative égale à celle-ci.

L'aloïne (aloès des Barbades) tribromée purge moins activement que l'aloïne pure ; la triacétylaloïne égale celle-ci en activité.

III. — Avec la plupart des préparations ferrugineuses administrées *per os*, la majeure partie du fer ingéré se retrouve dans les matières fécales. Est-ce une raison suffisante pour conclure que le fer n'est pas absorbé ? Non, car pour que cette conclusion fût légitime, il fallait démontrer que le fer ne s'élimine point par la muqueuse intestinale, après avoir été absorbé dans le tube gastro-intestinal. Cette démonstration a été faite par M. Jacoby, qui a acquis la preuve qu'après injection d'un sel de fer (combinaisons ferrugineuses inorganique) « dans les premières heures qui suivent, une très petite partie seulement (environ 10 0/0) est éliminée avec les urines, les sécrétions intestinales et la bile, la portion principale (environ 50 0/0) se dépose dans le foie et le reste dans d'autres organes (rate. reins, paroi de l'intestin, dépôt qui est effectué en l'espace de deux à trois heures). »

Pour ces expériences, M. Jacoby a utilisé comme préparation martiale le tartrate double de fer, neutre.

IV. — Dans ce nouveau travail, Stilling, après avoir rectifié quelques points relatifs à l'historique de l'emploi des couleurs d'aniline comme agents parasiticides, pose en principe que parmi ces couleurs, ne se prêtent pas le mieux aux applications thérapeutiques, celles qui sont douées du pouvoir bactéricide le plus énergique. Il faut tenir compte avant tout de l'aptitude qu'ont ces substances à exercer leur action antiparasitaire dans l'organisme vivant, et cette aptitude est liée à la solubilité et au pouvoir diffusif de la matière colorante. Ainsi la pyoktanine jaune (auramine) est un antiseptique relativement faible, et cependant, grâce à sa solubilité et à son pouvoir diffusif considérables, elle mérite d'être préférée, pour les applications thérapeutiques, à des couleurs d'aniline douées d'une action parasiticide beaucoup plus prononcée.

En fait de pyoktanines bleues, on trouve aujourd'hui dans le commerce de la droguerie, sous le nom de *pyoktaninum cœruleum*, le chlorhydrate de l'hexaméthylpararosaniline pure, qui présente une parfaite homogénéité de composition, et qui est doué d'une efficacité considérable.

Plus efficace encore est le chlorhydrate d'hexaétylpararosaniline que, pour la commodité du langage, M. Stilling a proposé d'appeler *éthylpyoktanine*, sous lequel on le trouve aujourd'hui dans le commerce. Cette substance possède le pouvoir colorant le plus énergique, elle est soluble dans l'eau en toutes proportions, elle séjourne dans les tissus plus longtemps que les autres couleurs d'aniline connues. Ajoutée à un bouillon de culture dans la proportion de 1/3.000.000ᵉ, elle arrête le développement du *staphylococcus pyogènes aureus*. Le développement du micrococcus tetragonus est enrayé déjà après addition de cette matière colorante dans la proportion de 1/2.000.000ᵉ au milieu de culture.

Les résultats que Stilling prétend avoir obtenus de l'emploi de l'éthylpyoktanine dans la pratique oculistique sont représentés par l'auteur comme étant des plus satisfaisants : dans les cas de conjonctivite, guérison en l'espace d'un jour, dans les cas d'ulcère de la cornée, en l'espace de un à deux jours, en thèse générale. C'est, pour l'auteur, une conviction profonde, et basée sur de nombreuses observations cliniques, que nous possédons dans les couleurs d'aniline des substances à l'aide desquelles nous combattrons le plus efficacement un grand nombre de processus infectieux. Leur inefficacité, quand elle se manifeste, tient surtout à leur trop rapide élimination.

Dans un prochain travail, M. Stilling se propose d'examiner s'il n'y a pas lieu de faire, parmi les couleurs d'aniline, un choix basé sur la nature de l'état morbide à combattre.

V. — Dans un précédent travail, M. Gottlieb avait exposé des recherches expérimentales dont les résultats l'avaient amené à conclure que le mécanisme de l'action antipyrétique diffère pour l'antipyrine et la quinine, la première de ces deux substances influençant les centres nerveux régulateurs de la calorification, ce que ne fait pas la seconde. Restait à rechercher si les deux substances en question n'agissent pas différemment sur les deux facteurs qui interviennent dans l'économie de la chaleur animale, sur la production et la déperdition du calorique.

Les nouvelles recherches de M. Gottlieb démontrent qu'il en est réellement ainsi ; les résultats qu'elles ont fournis ont été résumés par l'auteur dans les conclusions suivantes :

1° Des doses de 0 gr. 1 à 0 gr. 2 de quinine abaissent la calorification chez le lapin, dans une proportion de 8 à 18 0/0, Quand les animaux se trouvent à l'état normal, dans une proportion plus élevée, allant jusqu'à 40 0/0, chez les animaux dont la calorification a été surexcitée par voie expérimentale. En même temps, la déperdition de chaleur se trouve abaissée.

2° Une dose de 0 gr. 5 d'antipyrine augmente la déperdition de chaleur, dans la proportion de 10 à 20 0/0, quand l'animal est à l'état normal, dans une proportion pouvant aller jusqu'à 55°, quand la calorification a été surexcitée par voie expérimentale ; la production de chaleur se trouve également accrue.

3° En considérant comme des phénomènes d'ordre régulateur l'augmentation de calorification, produite par l'antipyrine, et la diminution de la déperdition de chaleur, produite par la quinine, on s'explique que ces effets aient une intensité moindre dans les circonstances normales, que lorsque la régularisation de la production et de la déperdition de chaleur se trouve déjà troublée. On s'explique aussi que la température interne soit plus difficile à abaisser chez l'homme et les animaux à l'état de santé qu'à l'état de fièvre.

Ces résultats expérimentaux sont, d'après l'auteur, en conformité avec les données de l'observation clinique. Là où il s'agit d'abattre aussi rapidement et aussi sûrement que possible des températures fébriles excessives, on s'adresse de préférence à l'antipyrine ou à un antipyrétique du même groupe. Quand on veut obtenir des effets fébrifuges durables, on emploie de préférence la quinine.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

MALADIES DES ENFANTS

I. — La polyadénite périphérique chez les enfants tuberculeux. — Étude clinique, nosologique et expérimentale, par Michel Mirinescu. (*H. Jouve*, 1890. *Thèse de doctorat, Paris*).

II. — Des nourrices enceintes. — Influence de leur grossesse sur les enfants qu'elles allaitent, par Gustave Poirier. (*Ollier Henry, Thèse de doctorat, Paris*, 1890.)

III. — De la pérityphlite chez les enfants, par E. Beynes, (*Henri Jouve*, 1890, *Thèse de doctorat, Paris*.)

IV. — Contribution a l'étude de la spléno-pneumonie chez les enfants, par Mˡˡᵉ Brandheudler, (*Henri Jouve*, 1891, *Thèse de doctorat, Paris*.)

I. — Les adénopathies périphériques chez les enfants tuberculeux ont été jusqu'ici peu étudiées. Macroscopiquement, les ganglions peuvent offrir plusieurs degrés d'altération : 1° ganglions n'offrant à l'œil nu aucune trace de lésion tuberculeuse ; 2° ganglions du volume d'un pois à une noisette, mais rouges, manifestement tuberculeux ; 3° ganglions gros comme une noix, caséeux ; 4° petits ganglions gros comme des graines de chènevis, offrant à l'œil nu un petit foyer caséeux.

Les lésions peuvent aboutir à deux terminaisons possibles : la *caséification* ou la *sclérose*. Elles consistent en hyperplasie du tissu conjonctif, en lésions catarrhales des sinus lymphatiques, mais surtout en altérations précoces et intenses des vaisseaux. Les cellules endothéliales s'hypertrophient et présentent des figures karyokinétiques. La fibrine du sang se coagule et il se forme des thrombus renfermant de l'hémoglobine.

La lésion vasculaire aurait une importance énorme dans le processus ultérieur de la lésion. Si l'oblitération du vaisseau se fait sur une grande étendue, et se fait par thrombus et coagulation de la fibrine, le ganglion subit la dégénérescence caséeuse.

Que si au contraire l'oblitération se fait par endopériartérite, l'irritation du tissu conjonctif aboutit à la sclérose qui prédomine sur la caséification.

Dans les adénites périphériques, la sclérose est plus fréquente et s'observe dans les plus petits ganglions surtout au pli de l'aine. Dans le gros ganglions (aisselle, cou) c'est la dégénérescence caséeuse qui domine.

L'histogénèse du tubercule semble être le résultat de modifications des cellules fixes et des vaisseaux. La pénétration du bacille dans les ganglions provoque l'exagération de la karyokinèse des cellules fixes, qui formeront les cellules épithélioïdes, les cellules géantes auraient une origine vasculaire et le rôle principal reviendrait aux cellules endothéliales des vaisseaux.

La présence des bacilles peut être mise facilement en évidence dans les ganglions caséeux. Ces microbes sont beaucoup plus rares ou n'existent plus dans les ganglions scléreux. Ils présentent des caractères différents de ceux des crachats. Ils sont plus longs, plus épais, recourbés en zigzag ou en saucissons et granuleux. On les trouve associés à ceux de la suppu-

ration, à des bacilles saprogènes et à un bacille plus court, arrondi à ses extrémités.

Depuis Parrot, on s'accorde généralement à admettre que l'adénopathie tuberculeuse est toujours secondaire à un autre foyer tuberculeux, mais peut-être cette opinion est trop absolue, et que l'infection des ganglions puisse, dans certains cas, être contemporaine d'une autre localisation tuberculeuse.

Les adénopathies tuberculeuses périphériques se rencontrent dans les aines, dans les aisselles et au cou. Elles donnent la sensation de grains de plomb sous la peau, les ganglions roulent facilement sous le doigt et sont indolents. En général, les plus petits se trouvent dans les aines. Quelquefois, les ganglions iliaques externes sont pris. Dans les aisselles, ils sont accolés contre la paroi thoracique et profondément situés vers le sommet du creux axillaire, mais c'est au cou qu'on les trouve le plus facilement. Ce sont, par ordre de fréquence, les ganglions mastoïdiens, sous-occipitaux, parotidiens, plus rarement les sous-hyoïdiens qui en sont le siège.

Ces adénopathies s'observent chez des enfants maigres, cachectiques, ayant les membres longs et grêles, le ventre gros, le système pileux très développé, surtout dans le dos entre les deux omoplates, le visage pâle, les cils longs et recourbés. Ils manquent d'appétit, présentent des alternatives de constipation et de diarrhée avec selles jaunâtres et fétides. D'autres ont des signes nets de tuberculose en évolution du côté du poumon ou de l'intestin ; d'autres sont simplement des lymphatiques.

La présence de ces adénopathies périphériques est donc d'un grand intérêt diagnostic. Chez un enfant offrant des symptômes vagues qui font soupçonner la tuberculose, la constatation d'adénopathies périphériques sera d'une grande valeur en faveur de celle-ci.

II. — On sait l'influence que la menstruation exerce sur le lait des nourrices et conséquemment sur la santé des nourrissons. L'influence d'une grossesse a été également incriminée. Or, dans la plupart des cas, on peut dire que la grossesse modifie la composition du lait et que cette modification se traduit chez le nourrisson par une constipation opiniâtre avec selles solides et foncées en couleur, ou par des coliques et de la diarrhée verte. En même temps, le visage de l'enfant s'altère, le corps maigrit, etc. Mais ces accidents ne se remarquent guère au début de la grossesse, on les voit apparaître à l'époque où la nourrice perçoit les premiers mouvements actifs du fœtus. Sur 51 cas observés et analysés par l'auteur, 37 prouvent que la gestation, jusqu'au 4e et au 5e et même au 6e mois, n'apporte aucun trouble profond dans la composition du lait. Le nourrisson continue à s'accroître régulièrement et n'offre aucun trouble digestif. Il existe néanmoins 10 cas dans lesquels il y a eu perturbation grave de la santé de l'enfant et dans lesquels on a été obligé de sevrer. Or, ceci nous amène à admettre des accidents dans 20 cas sur 100, ce qui constitue, ce nous semble, une moyenne respectable et ne justifie pas les conclusions par trop optimistes qui terminent la thèse.

III. — Depuis les recherches de M. Tuffier, on sait que le cœcum est fixé au bord inférieur de l'intestin grêle et au mésentère par son appendice. Celui-ci, chez le fœtus, est situé à la partie déclive du cœcum, il se relève chez l'enfant et atteint presque la valvule iléocœcale chez l'adulte. Il en résulte que chez l'enfant les matières y pénètrent facilement et que cette *condition anatomique* prédispose à l'appendiculite et à la pérityphlite par perforation. C'est en effet presque toujours chez l'enfant l'appendice qui est perforé dans la pérityphlite.

Les *causes générales*, qui peuvent donner naissance à celle-ci, sont, chez les enfants, les mêmes que chez l'adulte. Mais il faut y ajouter, comme condition fréquente, la tuberculose des ganglions mésentériques, les abcès par congestion et les abcès périnéphrétiques, avec ou sans pyélonéphrite.

Les *causes locales* sont nombreuses, ce sont : la stagnation des matières, les calculs stercoraux, les calculs biliaires, les corps étrangers, les vers intestinaux (?); enfin, l'appendiculite perforante gangréneuse, la tuberculose intestinale et les ulcérations typhiques des follicules clos du gros intestin.

Les lésions de la pérityphlite chez l'enfant sont celles de la péritonite péricœcale, celle-ci est tantôt séro-fibrineuse, localisée par des adhérences, guérissable mais prédisposant aux récidives ; tantôt suppurée et pouvant se généraliser.

La perforation de l'appendice n'est pas d'ailleurs nécessaire pour que la pérityphlite se produise.

Les *symptômes* sont vagues au début : langue saburrale, douleur dans le ventre, vomissements, fièvre. La suppuration ainsi que Grisolle l'a établi, ne commence guère avant le 10e ou le 15e jour. Une exagération des symptômes locaux et généraux, et la perception dans la fosse iliaque d'une tumeur qui peut devenir fluctuante en sont les principaux signes; celle-ci peut donner à la percussion un son hydroaérique. L'abcès par ordre de fréquence peut s'ouvrir à l'extérieur, dans le cœcum, ces deux terminaisons comprennent presque tous les cas. Il peut s'ouvrir également dans le péritoine, dans le rectum, dans l'artère iliaque interne, ou se terminer par péritonite chronique ou pyohémie. La terminaison la plus favorable est l'ouverture à l'extérieur.

Le pronostic de la pérityphlite est plus grave chez l'enfant que chez l'adulte, la mortalité étant de 39 pour 46 cas, tandis que chez l'adulte on arrive à 30 pour 100. La péritonite généralisée est fréquente, et il reste souvent dans la fosse iliaque un empâtement qui prédispose aux récidives.

L'incision par la paroi abdominale devra être précoce.

IV. — La splénopneumonie, dont les travaux de Grancher ont montré l'importance chez l'adulte, existe aussi chez les enfants. Chez eux elle s'annonce plus souvent par des phénomènes généraux, — vomissements, fièvre etc. — que par un point de côté. Au bout de cinq à six jours la maladie est en pleine évolution.

La voussure thoracique, si apparente chez l'adulte manque ici complètement, les signes fournis par la palpation, par la percussion n'ont rien de spécial à l'enfance. L'espace semilunaire de Traube est sonore.

A l'auscultation le murmure vésiculaire est absent à la base mais on peut percevoir à l'inspiration des bouffées de fine crépitation qui peuvent avoir de l'importance au point de vue du diagnostic.

La seule particularité à signaler dans sa marche, c'est que la résolution semble plus prompte que chez l'adulte.

Le diagnostic le plus délicat à faire est ici encore avec la pleurésie : l'expectoration gommeuse qui est d'un si utile secours chez l'adulte ne saurait nous servir dans ce cas puisque les enfants ne crachent pas. La crépitation de la base, la réapparition graduelle des vibrations, la persistance de la sonorité dans l'espace de Traube, l'absence de déviation du sternum, permettront de différencier ces deux maladies qui ont tant de points communs. Il reste dans les cas douteux la ponction capillaire exploratrice, qui, avec les précautions antiseptiques, est une opération inoffensive.

Le diagnostic avec la pleuro-congestion de Potain, est aussi difficile, et se fera avec les mêmes éléments de jugement.

L'étiologie de la splénopneumonie ne serait pas une étiologie banale, mais, quand elle se montre comme maladie primitive, elle *serait une manifestation de la tuberculose*, ce qui impliquerait une gravité particulière du pronostic.

H. BARBIER.

BULLETIN

SUR UNE APPLICATION DE LA CHIMIE A LA PRATIQUE MÉDICALE. — LE TRAITEMENT ABORTIF DE LA BLENNORRHAGIE.

Les questions de chimie biologique sont de leur nature un peu ingrates et arides, elles exigent de ceux qui s'y livrent une compétence spéciale qui est le privilège d'un petit nombre, voilà pourquoi elles n'ont guère obtenu jusqu'à présent la faveur du public médical. Cela ne veut d'ailleurs pas dire qu'elles manquent d'intérêt; elles en ont un, au contraire, et des plus puissants, attendu qu'elles se rapportent aux phénomènes les plus importants de la nutrition élémentaire et aux lois encore mystérieuses des échanges organiques. Pour se convaincre de cette vérité, il suffirait de lire la communication que M. A. Robin a présentée hier à la tribune de l'Académie. Il s'agissait des bains chlorurés sodiques, de leurs effets sur la nutrition et de leurs nouvelles indications. M. Robin croit avoir trouvé, dans l'étude de la chimie des échanges, des faits qui permettront de mieux comprendre l'action physiologique de ces bains et d'en mieux régler à l'avenir le mode d'emploi, de manière à leur faire produire toute l'action thérapeutique dont ils sont susceptibles.

Notre laborieux collègue parviendra-t-il à secouer la torpeur de ses confrères et à faire cesser leur indifférence vis-à-vis de ces questions dont ils semblent avoir jusqu'à ce jour méconnu toute la portée? On peut en douter, bien que M. Robin ait donné aux affirmations contenues dans son travail toute la netteté désirable. Ses conclusions offrent pourtant une précision inconnue jusqu'à ce jour en pareille matière. Partir des simples données de la chimie et en déduire des règles applicables au traitement des maladies, constitue assurément une tentative osée et originale, et à ce titre fort honorable pour celui qui en a pris l'initiative. Néanmoins, ce n'est pas une raison pour que cette tentative rencontre immédiatement auprès du public médical l'accueil qu'elle mérite. M. Hayem a d'ailleurs exprimé ce sentiment de froideur générale et cette réserve anticipée, en signalant les imperfections inhérentes à la plupart des conceptions chimiques élaborées dans le silence du cabinet et surtout le danger d'une généralisation systématique de ces conceptions, alors qu'elles n'ont pas encore au préalable reçu l'indispensable sanction de l'observation clinique. Il y a incontestablement quelque chose de juste dans cette remarque, et nous nous y associerons dans une certaine mesure en émettant le vœu que, dorénavant, les vues si intéressantes de M. Robin soient l'objet d'une application méthodique et persévérante dans les milieux où la clinique est en honneur, et particulièrement dans les villes d'eaux où tous les éléments sont admirablement groupés en vue de la solution du problème.

— Dans une récente conférence à l'hôpital Saint-Louis, M. le prof. Diday a exposé ses idées personnelles, concernant la valeur des moyens abortifs dans le traitement de la blennorrhagie. Pour ceux qui ont pu apprécier la verve et l'esprit enjoué de notre confrère lyonnais, nul doute que le sujet n'ait été traité par lui avec l'originalité de vues et la compétence qui distinguent ses précédents travaux sur la vénéréologie. Il faut croire pourtant que cette question du traitement abortif d'une maladie extrêmement répandue comporte de singulières difficultés, car M. Diday s'est gardé de toute affirmation précoce et il a semblé vouloir n'avancer dans cette voie qu'avec une singulière circonspection. En fait, si les tentatives dans ce sens ont été jusqu'à ce jour fort nombreuses, les résultats ont été clairsemés et souvent contestables. En revanche, les échecs ont paru être la règle, aussi bien qu'avec les méthodes traditionnelles qui se conformaient simplement aux indications; suivant l'éminent siphyligraphe, ces difficultés sont imputables à la fois aux malades et aux médecins, chacun pouvant revendiquer une part de responsabilité dans la non-réussite finale.

Du côté des malades, on peut invoquer surtout le retard qu'ils apportent à solliciter l'intervention médicale vis-à-vis d'une affection dont généralement ils sont loin de soupçonner l'importance et la gravité. Du côté des médecins, il s'agit plutôt d'une timidité thérapeutique excessive, jointe, il faut bien le dire, à une connaissance incomplète des préceptes à suivre pour assurer le succès des moyens abortifs. Si l'on en croit M. Diday, l'intervention de ceux-ci ne serait effective que pendant les trois premiers jours qui suivent l'apparition de la chaudepisse confirmée. Passée cette période, l'élément infectieux a eu le temps de pénétrer dans l'intérieur des follicules et dans la profondeur de l'urèthre, et alors c'est chimère de vouloir l'y poursuivre. Il y a aussi la question du manuel opératoire, du *modus faciendi*, à laquelle M. Diday attache une extrême importance et qui d'ordinaire n'est pas mise en pratique avec toute la rigueur désirable. Ce manuel opératoire est simple, élémentaire, et rien pourtant n'y est à négliger. Les échecs, si nombreux jusqu'à ce jour, pourraient même s'expliquer par l'omission ou l'ignorance de ces quelques préceptes indispensables; or, c'est pour avoir tenu rigoureusement la main à l'exécution de ceux-ci que le médecin lyonnais doit les remarquables succès dont il a entretenu ses auditeurs.

En définitive, d'après M. Diday, il y a un traitement abortif de la blennorrhagie et le but que ce traitement poursuit serait réalisé beaucoup plus souvent, si malades et médecins coopéraient chacun à leur manière pour l'atteindre. C'est là une assurance extrêmement encourageante, venant d'un praticien éprouvé comme notre confrère lyonnais. Est-il besoin d'ajouter que cette question du traitement abortif de la blennorrhagie est liée d'une manière intime à celle de la nature de cette maladie? Il se trouve précisément que, sur ce dernier point, M. Diday a des vues qui s'éloignent sensiblement des idées généralement admises. C'est ainsi qu'il se montre disposé à faire bon marché de la distinction traditionnelle entre l'uréthrite simple et l'uréthrite gonococcique, distinction admise encore par nombre de médecins. Le caractère tiré de la présence ou de l'absence de *gonococci*, par lequel on a cru pouvoir légitimer cette séparation, lui paraît dépourvue de valeur réelle. En réalité, il s'agirait là d'une simple question de degré dans la virulence, bien plutôt que d'une différence fondamentale d'origine et de nature. On pourrait, il est vrai, à l'appui de cette opinion, rappeler que la présence de l'élément parasitaire n'est pas toujours facile à constater, et que, dans plus d'un cas, il a paru faire défaut dans le pus d'écoulements qualifiés à tort pour ce fait de non-blennorrhagiques. Pareille chose se rencontre d'ailleurs avec le bacille de Koch, dont l'on cherche vainement la présence dans les crachats de certains malades reconnus phtisiques avérés de par la clinique. Or il ne vient à personne l'idée de contester la nature bacillaire de l'affection pulmonaire, sous prétexte que la recherche

de l'élément spécifique a été momentanément négative. Et, au point de vue de l'importance du gonocoque lui-même, M. Diday nous a paru quelque peu sceptique. En tous cas, il n'a point caché à ses auditeurs qu'il n'a qu'une médiocre confiance dans les résultats pratiques des recherches bactériologiques entreprises de toutes parts dans ces dernières années, recherches dont nous attendons encore la sanction thérapeutique. La blennorrhagie pourrait être citée comme un exemple de cette impuissance relative de la bactériologie à créer une méthode de traitement vraiment féconde. Et pourtant elle réalise des conditions particulièrement favorables en apparence à une intervention efficace de la part de cette dernière. En fait, la clinique n'avait pas attendu jusqu'à ce jour pour intervenir activement et d'une manière effective dans le traitement d'une maladie d'origine incontestablement microbienne. Jusqu'à plus ample informé, elle devra encore s'inspirer d'elle-même dans la recherche d'une méthode efficace, d'une méthode vraiment curatrice, dont les essais indiqués plus haut représentent une brillante ébauche de réalisation.

P. Muselier.

NOTES ET INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — La Société médicale des hôpitaux, saisie, comme nos lecteurs le savent, d'un projet de modification de l'enseignement médical en France, a consacré depuis plus de six mois une partie de ses séances à la discussion de ce projet. Préoccupée de donner aux nombreux étudiants un enseignement pratique satisfaisant, elle a formulé un certain nombre de vœux, qui laissent à la Faculté de médecine la haute direction de ces cliniques supplémentaires.

Voici quels sont ces vœux :

1° Création, dans certains hôpitaux, de laboratoires affectés aux recherches bactériologiques, chimiques, anatomo-pathologiques, etc., que comporte la clinique ;

2° Augmentation du nombre des médecins du bureau central. Cette augmentation comporterait la création de douze nouvelles places. Elle permettrait aux médecins titulaires de services de se faire suppléer plus facilement pendant les vacances par des médecins du bureau central. En outre, les médecins du bureau central pourraient, quand les médecins titulaires le demanderaient, leur prêter leur concours pour la consultation externe ;

3° S'entendre avec la Faculté de médecine pour la création de seize chaires supplémentaires de clinique, à mettre à la charge de l'Etat. Le titre à donner aux seize professeurs supplémentaires serait arrêté par le ministre de l'instruction publique ;

4° Organiser dans les hôpitaux un enseignement des spécialités. Cet enseignement serait payé par les élèves qui le suivraient.

Mais, d'après nos renseignements, le Conseil municipal de Paris ne serait pas disposé à entrer dans un semblable ordre d'idées. Non seulement il n'entend pas fournir de subvention à un enseignement qui ne serait pas sous sa dépendance, mais encore il serait disposé à retirer à la Faculté de l'Etat les services qui lui sont prêtés pour l'enseignement par l'Assistance publique.

La Société des chirurgiens des hôpitaux est, à son tour, officiellement saisie de la question, et elle a nommé, mercredi dernier, une commission à l'effet d'examiner les propositions qui lui sont soumises.

— Une dépêche adressée au *Tageblatt*, de Vienne, annonce que le choléra aurait fait sa réapparition sur la côte orientale de l'Arabie.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

Concours de l'adjuvat. — Le concours de l'adjuvat s'est terminé samedi par la nomination de MM. Baillet, Genouville, Morestein, Cestan et Souligoux.

Facultés et écoles des départements.

Faculté de médecine de Lille. — Un congé sans traitement, du 1er juin au 31 juillet 1891, est accordé sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Vanhersecke, aide d'anatomie.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le docteur Serre, agrégé libre, est rappelé à l'exercice jusqu'à la fin de la présente année scolaire.

Congrès des Sociétés savantes françaises en 1891. — Le Congrès des Sociétés savantes de Paris et des départements, qui devait se tenir du 19 au 23 mai, a été ajourné et siègera du 22 au 27 courant.

Corps de santé de la marine. — *Nominations : Au grade de médecin de 2e classe.* — M. le Dr Pelissier, médecin auxiliaire de 2e classe.

A l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe. — M. le Dr Mas.

— Une dépêche de Marseille en date du 19 mai, annonce que le paquebot *Béarn*, de la Société Générale, arrivé la veille a dû être consigné au lazaret de Frioul.

La fièvre jaune, contractée par divers passagers à Rio-Janeiro, a fait des ravages et même des victimes à bord de ce navire qui ne compte pas moins de 667 passagers, presque tous immigrants italiens revenant de l'Amérique du Sud.

Pendant la traversée, il y a eu neuf décès à bord, dont cinq causés par la fièvre jaune bien constatée.

Une première quarantaine de dix jours a été ordonnée, en attendant les instructions ministérielles demandées par dépêche.

Les passagers ont été débarqués au Frioul et de nombreux malades sont entrés à l'hôpital du lazaret où des soins vont leur être donnés.

— Le Comité de direction des services de l'hygiène, réuni sous la présidence de M. le prof. Brouardel, a donné son entière approbation aux mesures énergiques prises par M. le Dr Marroin, directeur de la santé de Marseille, à l'égard du steamer *Béarn*, arrivé de Rio-Janeiro avec plusieurs cas de fièvre jaune à bord, mesures consistant dans l'application rigoureuse du règlement contre les maladies pestilentielles.

Hôpital des enfants. — Le Dr Simon a recommencé ses conférences le mercredi 20 mai, à 9 heures du matin, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Consultation clinique le samedi à 9 heures.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Nouveau services rapides entre Paris et Lyon en 1re et 2e classe.* — *Trajet rapide en 8 heures 3/4 à l'aller et 8 heures 1/2 au retour.*

Le 1er juin 1891, la Compagnie P.-L.-M inaugurera un nouveau service quotidien supplémentaire de deux trains express, le premier de Paris à Lyon desservant Laroche, Dijon, Mâcon ; le second, celui du retour, en provenance de Cette, desservira Tarascon, Avignon, Valence, Lyon, Mâcon, Dijon et Laroche.

Le train partant de Paris aura des correspondances directes, savoir : à Dijon pour Besançon et à Mâcon pour Modane et l'Italie.

Le train de retour, en provenance de Cette, recevra à Cette les correspondances du réseau du Midi et d'Espagne, et à Dijon les correspondances de Belfort et de Besançon.

Départ de Paris : 1 h. 45 soir ; arrivée à Lyon : 10 h. 29 soir.

Départs de Cette : 3 h. 15 matin ; de Lyon : 9 h. 30 matin ; — arrivée à Paris : 5 h. 55 soir.

Ces trains prendront des voyageurs de 1re et 2e classe ; toutefois ils ne prendront en 2e classe que les voyageurs ayant à effectuer un parcours minimum de 300 kilomètres.

Il est prévu un arrêt de 25 minutes à Dijon, à l'aller et au retour, pour le repas des voyageurs.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

A la Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Formulaire des Nouveaux remèdes, par le Dr Bardet, chef du laboratoire de thérapeutique à l'hôpital Cochin, *Cinquième édition, année* 1891. — Un volume petit in-18 de 460 pages. — Prix : 4 fr.

La cinquième édition du formulaire continue la série de la revue annuelle des *Nouveaux Remèdes*, commencé en 1886 par le Dr Bardet, elle est considérablement augmentée, un grand nombre d'articles nouveaux y ont pris place, surtout en ce qui concerne le traitement de la tuberculose, injections de *gaiacol* et de *créosote*, *lymphe* de Koch, traitement de Liebrecht par le *cantharidate de potasse*, etc., etc.

Parmi les médicaments généraux récemment introduits dans la thérapeutique et longuement traités par l'auteur, nous trouvons les *aristols*, le *bromoforme*, le *chloralamide*, le *condurango*, l'*hypnol*, l'*ichthyol*, le *jambul*, les *naphtols*, la *piperazine*, l'acide *sulforicinique*, etc., etc.

La nouvelle édition du formulaire est divisée en trois parties :

1° Revue des Nouveaux remèdes, additions et changements de l'année 1890.

2° Formulaire des Nouveaux remèdes et des nouvelles médications parus en 1890.

3° Renseignements généraux, comprenant une grande quantité de tableaux et des notions pratiques ainsi qu'un nouveau formulaire des intoxications.

Tel qu'il se présente, le formulaire des *Nouveaux remèdes* pour l'année 1891 est donc un livre entièrement nouveau, qui complète heureusement la série des dernières années.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 10 AU 16 MAI 1891

Fièvre typhoïde, 6. — Variole, 0. — Rougeole, 47. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 5. — Diphtérie, croup, 24. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 197. — Autres tuberculoses, 35. — Tumeurs cancéreuses et autres, 52. — Méningite, 32 — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 34 — Paralysie, 11. — Ramollissement cérébral, 14. — Maladies organiques du cœur, 55. — Bronchite aiguë et chronique, 63. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 92. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 61. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 32. — Sénilité, 31. — Suicides et autres morts violentes, 30. — Autres causes de mort, 198. — Causes inconnues, 9. — Total 1037.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

NOUVEAUX FAITS POUVANT SERVIR A LA DÉTERMINATION DU ROLE DES CORPS THYROIDES (1),

par M. Laulanié.

Les théories produites pour interpréter les conséquences de l'ablation totale du corps thyroïde chez le chien peuvent se réduire à trois : la théorie vasculaire, la théorie hématopoïétique et la théorie sécrétoire.

Les lésions d'anémie cérébrale trouvées constamment à l'autopsie des animaux qui ont succombé aux suites de la thyroïdectomie double ; les symptômes, qui, du vivant de l'animal, peuvent se rattacher à cette anémie, ont suggéré la première de ces hypothèses qui place la circulation cérébrale sous la dépendance des corps thyroïdes. Kocher et Zezas l'ont également soutenue. Sanguirico et Canalis ont voulu la préciser en faisant procéder du corps thyroïde une action vasomotrice réglant la circulation cérébrale.

Cette interprétation soulève de telles objections, soit dans l'ordre théorique, soit dans l'ordre expérimental, que personne ne continue à l'adopter aujourd'hui. D'ailleurs, comme l'a montré H. Munk, la décortication et la ligature des vaisseaux de la glande qui devraient empêcher son fonctionnement comme centre d'actions régulatrices ne modifient pas la santé de l'animal.

La leucocytose et l'hypoglobulie qu'on peut observer parfois sur les malades atteints de cachexie strumiprive ont suggéré à Kocher la pensée que, d'un autre côté, le corps thyroïde pourrait bien contribuer à la production des globules rouges. Mais l'hypoglobulie n'est pas constante. Albertoni et Tizzoni ont même établi que la richesse globulaire du sang n'est atteinte ni dans le nombre des hématies, ni dans leur contenu en hémoglobine, mais ils constatent en même temps une diminution dans la capacité respiratoire du sang. L'affinité de l'hémoglobine pour l'oxygène dépendrait ainsi en quelque façon du corps thyroïde. Il y a sans doute chez les chiens éthyroïdés des troubles respiratoires, mais ils ne suffisent à rendre compte ni des symptômes si variés et parfois si violents qui accompagnent la thyroïdectomie double, ni la mort qui en est la conséquence à peu près inévitable chez le chien.

D'autre part, comme l'a vu Michaelsen, sur le chat, les échanges respiratoires sont plutôt augmentés que diminués, et la participation indirecte du corps thyroïde à l'hématose est au moins très précaire, sinon tout à fait contestable. La théorie de l'hématopoïèse qui place sous la dépendance du corps thyroïde la constitution du sang en ses parties essentielles, le

(1) Communication faite à la Société de Biologie, séance du 2 mai.

FEUILLETON

LES HOPITAUX D'ENFANTS EN ITALIE

Rapport adressé à Monsieur le Ministre de l'Intérieur

Par le Dr G. Variot

Médecin des hôpitaux de Paris

chargé d'une mission spéciale en date du 10 Septembre 1890

(*Suite*) (1).

HOSPITALISATION DES ENFANTS A MILAN.

Dans cette cité où les Français ont laissé tant de souvenirs et conservé tant de sympathies, l'hospitalisation infantile et les soins qu'on donne aux jeunes enfants méritent une mention spéciale.

L'*ospedale Maggiore* de Milan contient une section réservée aux enfants.

Cet hôpital représente l'un des monuments les plus remarquables de la ville au point de vue architectural. C'est assurément un des plus beaux établissements sanitaires de l'Italie et, dit-on, même un des plus beaux hôpitaux du monde. Sa construction remonte à une date fort éloignée, où l'on aimait à déployer pour les asiles de la charité un luxe d'ornementation qui serait déplacé aujourd'hui. Il est impossible de ne pas admirer la façade avec ses rangées de fenêtres ogivales, la première cour intérieure avec ses colonnades, etc..

Puisque c'était une nécessité sociale d'élever un hôpital-monument moderne sur la place même du parvis Notre-Dame, occupée par l'ancien Hôtel-Dieu de Paris, ne devons-nous pas regretter que nos architectes français n'aient pas été s'inspirer à la vue de ces premiers et anciens monuments hospitaliers. Ils n'auraient pas élevé à côté de l'église Notre-Dame, une construction lourde, massive, écrasée, dont l'effet décoratif est des plus déplorables.

En utilisant mieux les mêmes sommes qui ont été englouties pour l'Hôtel-Dieu, l'Hôtel-de-Ville reconstruit aurait pu avoir un digne pendant dans l'île de la Cité.

L'ospedale Maggiore de Milan peut contenir 1,400 malades.

(1) Voir *Gazette médicale*, 1891, nos 18, 19 20, et 21.

nombre ou la qualité des globules rouges, ne saurait donc prévaloir.

Dans la théorie sécrétoire, le corps thyroïde est conçu comme une glande vasculaire sanguine dont la fonction serait, soit de simplifier et de résoudre, pour en préparer l'élimination, certains produits toxiques de la dénutrition, soit de neutraliser par la sécrétion d'un antidote l'action toxique de ces produits.

Cette théorie, à laquelle se rattachent Bruns, Grutzner, Michaelsen, Fano et Zanda, Rogowitz, etc., a le grand mérite de rendre compte de tous les faits. La cachexie strumiprive expérimentale du chien, envisagée dans ses symptômes, sa marche et son dénouement, ressemble singulièrement à un empoisonnement, et quand on a eu sous les yeux de nombreux malades et qu'on les a soigneusement étudiés, on ne peut se défendre de l'idée qu'on est en présence d'un fait d'auto-intoxication.

La démonstration directe, tentée de diverses manières, soit par l'épreuve de la toxicité du sang (Rogowitz) ou de l'extrait aqueux de la glande thyroïde (Richard Ewald), soit par l'action palliative des transfusions de chien sain à chien malade (Fano et Zanda), est loin d'être achevée. Je ne crois pas, en effet, qu'il soit possible encore d'admettre comme expérimentalement établi le fait que le corps thyroïde et le sang d'un animal éthyroïdé possèdent une toxicité spécifique différente de celle que les travaux de M. Bouchard ont particulièrement mise en lumière.

Dans l'état actuel de la science, l'hypothèse sécrétoire, avec son préliminaire fondamental impliquant une intoxication chez les sujets éthyroïdés, possède seulement un très haut degré de vraisemblance. Elle a au moins en sa faveur ces deux circonstances : 1° anatomiquement, le corps thyroïde a les caractères histologiques d'une glande vasculaire sanguine ; 2° les conséquences de son ablation totale chez le chien affectent l'expression d'un empoisonnement.

Or, il ne me semble pas, malgré le nombre considérable des recherches expérimentales dirigées du côté du corps thyroïde dans ces dix dernières années, que toutes les conséquences de la thyroïdectomie double chez le chien, celles surtout qui peuvent le mieux autoriser l'idée d'intoxication, aient été complètement observées. J'ai pratiqué l'année dernière, au mois de juin, la thyroïdectomie double sur onze chiens, dont dix ont succombé dans les délais ordinaires, et après les manifestations classiques. Les observations que j'ai faites sur tous ces malades m'ont permis de constater des symptômes et des lésions qui me paraissent avoir échappé jusqu'ici aux expérimentateurs, et qui sont pourtant très significatifs. Ce sont ces faits nouveaux que je vais exposer dans cette note.

Les premiers faits touchent aux caractères des urines sécrétées par les chiens éthyroïdés. Ces urines, médiocrement abondantes, sont alcalines, fortement chargées de sels biliaires, et éminemment toxiques et convulsivantes. Je n'ose pas être trop affirmatif du côté de l'albumine. Je me bornerai à constater que j'obtenais les réactions suivantes :

Par l'acide azotique, précipité insoluble dans l'acide chlorhydrique ; par la chaleur, précipité soluble dans l'acide chlorhydrique. Après addition de quelques gouttes d'acide acétique, ébullition et filtration, l'acide azotique donne un précipité soluble dans l'acide chlorhydrique ; par le réactif de Millon, réaction d'un beau rose.

Je m'attacherai tout d'abord à la toxicité des urines des chiens éthyroïdés. En voici un exemple : Chien n° 9, 1er juin. Avant la thyroïdectomie, injection intra-veineuse de l'urine de ce chien à un lapin du poids de 1,800 grammes (seringue contenant 15 centimètres cubes) : myosis presque immédiat, allant croissant jusqu'à la 3e seringue ; essoufflement ; à la 4e seringue, mydriase fugitive, et retour rapide du myosis ; à la 6e seringue, exorbitisme ; à la 7e, parésie ; à la 14e, accès tétanique d'une violence extrême, puis paralysie générale absolue, respiration fréquente et exclusivement diaphragmatique, myosis peu intense. Quelques minutes après, mort de l'animal. Coefficient de toxicité : 115 centimètres cubes.

Le 3 juin, on pratiqua sur ce chien n° 9 l'ablation totale des deux corps thyroïdes. Le 4 juin, ses urines ne contiennent pas encore de sels biliaires : leur coefficient en toxicité est de 76 centimètres cubes. Le 7 juin. urines très peu abondantes (250 c. c. en 24 heures), fortement ictériques ; réaction de Strasburg très nette, toxicite extrême. Injection intra-veineuse à un lapin de 1 kil. 800 : mort de l'animal au trentième centimètre cube dans les convulsions cloniques et toniques. Coefficient de toxicité : 16 c. c. 66.

Sur presque tous les sujets d'expériences, j'ai fait l'épreuve de la toxicité des urines avant et après l'opération, et chez tous elle commence à s'accroître dès le lendemain pour devenir cinq ou six fois plus considérable.

Les éléments de cette toxicité sont très divers. Ils résident

---

Le département infantile compte 32 lits pour la médecine et 45 pour la chirurgie.

Les enfants atteints de maladies contagieuses ne sont pas admis.

Nous avons vu dans une cour intérieure, une tente dressée pendant la belle saison pour les enfants convalescents.

L'aménagement intérieur des salles, de la literie, etc., sont très convenables ; des religieuses en costume pittoresque sont chargées de la surveillance.

Notre séjour à Milan a été trop court pour que nous puissions inspecter tous les établissements publics où les enfants reçoivent des soins médicaux. Toutefois, nous avons appris d'un confrère italien, médecin résident à l'ospedale Maggiore, que les enfants atteints de syphilis et de maladie cutanée sont envoyés dans un hôpital indépendant pour la dermatologie et la syphiligraphie.

Sous le nom de *Polyambulanza*, il existe aussi un dispensaire bien organisé pour les maladies des enfants, avec des médecins nombreux et spécialisés.

On nous a signalé un petit hôpital d'enfants, dit : de la Croix-de-Malte, avec 14 lits. Les frais d'entretien de cette maison sont faits par les chevaliers de Malte.

Les enfants affectés de maladies contagieuses sont placés à la *Rotunda* qui est un hôpital infectieux commun pour les adultes et pour les enfants. Mais, comme cet hôpital ne se prête pas bien à l'isolement, à cause de son ancienneté, on s'occupe d'élever hors de la ville un établissement réservé aux contagieux avec des pavillons indépendants.

D'après cet aperçu, on reconnaîtra que l'hospitalisation infantile, à Milan, fonctionne très régulièrement et que de sérieux efforts sont faits pour la séparation des malades contagieux.

HOSPITALISATION DES ENFANTS, A GÊNES.

La duchesse de Galliera, dont les bienfaits se sont étendus au-delà des Alpes, comme le disent fièrement les Italiens, a légué à la ville de Gênes une rente annuelle de 500,000 fr., pour la fondation et l'entretien de plusieurs grandes maisons de secours et de retraite. Les infirmes, les vieillards, n'ont pas été oubliés dans cette donation, mais les enfants ont été privilégiés.

Par une tendre attention, la généreuse donatrice a voulu que les enfants malades eussent leur petit hôpital dans un de ses anciens

soit dans les sels biliaires passés dans les urines, soit dans la potasse issue de la désintégration des tissus sous l'influence de la bile résorbée, ou bien elle se rattache aux phénomènes convulsifs offerts le plus ordinairement par les malades. Ils resterait à déterminer si, et dans quelle mesure, la suppression des corps thyroïdes n'a pas en pour effet d'ajouter un nouvel élément de toxicité, un élément spécial et précisément révélateur de la fonction de la glande.

Actuellement la résorption de la bile suffit à rendre compte de l'énorme accroissement de la toxicité des urines après la thyroïdectomie double, mais il y a à rechercher s'il n'existe pas un autre facteur.

Les caractères des urines constatés pendant la vie de l'animal se rattacheraient aisément à quelques-uns des symptômes de la cachexie strumiprive. L'amaigrissement extrêmement rapide des sujets, par exemple, a sans doute pour cause principale la résorption de la bile dont M. Bouchard a montré l'action dissolvante sur les tissus, mais si intéressante que pût être cette digression au point de vue de la physiologie pathologique de la cachexie strumiprive, elle nous éloignerait trop du point principal.

Les altérations de l'urine après la thyroïdectomie double, que j'ai constamment trouvées chez mes opérés, ont naturellement attiré mon attention du côté des reins et du foie, et l'autopsie a toujours confirmé l'induction que j'avais tirée des caractères des urines, et montré l'existence des lésions aiguës dans ces deux organes. Je vais sommairement décrire ces lésions.

A l'autopsie des sujets morts à la suite de la thyroïdectomie double, l'estomac et l'intestin sont vides d'aliments, mais plus ou moins remplis de bile. C'est parfois une véritable inondation biliaire s'étendant jusqu'à l'extrémité postérieure de l'intestin grêle.

Le foie, quoique turgescent, paraît avoir un volume normal. Il est remarquable par la netteté avec laquelle se dessine sa lobulation comme dans le foie cardiaque.

Au premier abord, les reins ne paraissent pas altérés, mais il en est autrement sur les surfaces de section, où les irradiations corticales de la substance médullaire forment une zone nettement tranchée par sa couleur jaune, et dessinent la topographie des pyramides de Ferrein.

L'analyse histologique m'a révélé les faits suivants. Dans le foie : ectasie des capillaires remplis de sang disséquant et atrophiant les travées hépatiques qui s'amincissent et deviennent filiformes au centre des lobules. La congestion procédant de la périphérie au centre et aboutissant de ce dernier côté à une quasi-destruction des travées hépatiques, étouffées, semble-t-il, par la dilatation des vaisseaux, on s'explique la netteté de la délimitation des lobules à l'œil nu.

L'atrophie s'étend d'ailleurs à toutes les cellules hépatiques dont, sur certains foies ou en certaines régions du même organe, le protoplasma est coagulé, le noyau invisible, et les contours indistincts. A côté et en dehors de ces lésions, je m'attache aussi et surtout à la dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques qui procède également du centre à la périphérie et délimite des îlots jaunâtres, dont la dissémination régulière se voit fort bien à de faibles grossissements et donne la mesure de l'étendue de la lésion.

Il y a là deux faits principaux : la congestion (qui va parfois jusqu'à l'hémorragie) avec atrophie consécutive des travées hépatiques et l'altération régressive des éléments, telle que la dégénérescence graisseuse. Ces deux sortes de lésions coexistant dans le même organe, dans la même préparation, mais non pas dans le même lobule. Je ne saurais dire si et comment elles dérivent l'une de l'autre, mais toutes deux sont des lésions aiguës. Ce sont celles que l'on trouve dans les hépatites toxiques.

Dans le rein, ce sont des faits du même ordre, mais le dessin en est tout à fait particulier. Invariablement, l'épithélium des tubes qui forment les pyramides de Ferrein a subi la dégénérescence graisseuse. La lésion revêt ainsi un caractère systématique ; elle atteint et frappe dans sa totalité la formation axiale de tous les lobules du rein, et s'y délimite avec une telle rigueur qu'elle se traduit à l'œil nu, comme on l'a vu plus haut, par la constitution d'une couche spéciale de couleur jaune qui dessine la topographie des pyramides de Ferrein.

Je n'ose pas affirmer que l'épithélium du labyrinthe est altéré, il ne subit au moins qu'une altération très superficielle, caractérisée en ce que les contours des éléments sont peu distincts, les noyaux et les bâtonnets peu visibles, mais on sait la fragilité, l'extrême délicatesse de l'épithélium à bâtonnets, et les soins de technique que réclame sa préparation. Une seule fois j'ai trouvé les lésions de la néphrite interstitielle annoncée déjà à l'autopsie par l'atrophie et l'inegalité des deux reins. Au microscope, la sclérose étouffe les tubes contournés du labyrinthe dont l'épithélium a perdu ses carac-

---

palais, qui a été transformé pour recevoir ses nouveaux hôtes.

De tous les services d'hospitalisation infantile de la ville, l'hôpital de la duchesse, dit de *San Filippo Apostolo*, est incomparablement le mieux aménagé. Nous en donnons plus loin une description détaillée d'après le Dott. Jacopo Perrando.

Avant la création de cet établissement, qui est récente, il n'y avait à Gênes qu'une section réservée aux enfants dans les dépendances du grand hôpital Pommatone et un hospice pour les enfants trouvés : ospizio per l'infanzia abbandonnata.

I

SECTION INFANTILE A L'OSPEDALE POMMATONE.

L'hôpital Pommatone, le principal à Gênes, présente des proportions grandioses et monumentales ; l'architecture intérieure en est des plus soignées. Nous ne devons pas être surpris de rencontrer un semblable édifice hospitalier, dans une ville où les palais abondent (1).

On accède dans la grande cour d'honneur par un escalier très large ; la cour elle-même est ornée d'une belle colonnade limitant une galerie couverte, sous laquelle sont disposées des statues.

Les salles pour les malades, sont parmi les plus vastes et les plus spacieuses que nous ayons encore vues ; elles s'étendent sur une longueur de 60 mètres environ et les rangées de lits adossées aux murs, sont séparées par un intervalle de 15 mètres, au moins.

Les plafonds sont extrêmement élevés.

Rien de pittoresque comme de voir circuler dans ces galeries immenses, les capucins en robes de bure et les filles de la charité dans leur costume du moyen âge.

On se croirait transporté à plusieurs siècles en arrière.

Nous avons été reçu à Pommatone par un commissaire du roi, remplissant temporairement les fonctions de directeur. Cet honorable fonctionnaire a été délégué pour rétablir un peu d'ordre dans la gestion des finances et dans l'administration.

« Nous n'avons pas, m'a-t-il-dit en substance, de section spéciale pour les enfants dans l'enceinte même de l'hôpital, mais pour pourvoir aux nécessités les plus urgentes, pour ne pas laisser sans

(1) Les grandes familles génoises avaient toutes leur palais ; on visite encore les palais Doria, Grimaldi, Galliera, Palaviccini, etc.

tères spécifiques pour revêtir ceux d'un simple épithélium a perdu ses caractères spécifiques pour revêtir ceux d'un simple épithélium de revêtement. Leur lumière agrandie est obstruée par des débris cellulaires, et les tubes collecteurs de la substance médullaire contiennent un grand nombre de cylindres hyalins ou granuleux et sombres. Je ne sais que penser de ce cas unique de néphrite interstitielle. Il n'y a là peut-être qu'une coïncidence, car dans toutes les autres autopsies je ne l'ai jamais constatée et je ne l'ai jamais constatée. Je n'ai observé que la dégénérescence graisseuse systématique des pyramides de Ferrein. Cette lésion est inévitable et on pourrait dire nécessaire.

A côté de ce témoin si précieux par sa constance, il en est un autre non moins fidèle et non moins significatif. C'est la congestion toujours très intense qui peut aboutir encore, ici comme dans le foie, à la formation de foyers hémorragiques. Elle atteint son maximum dans la région occupée par la voûte artérielle, pour s'irradier également vers les deux couches du rein où la turgescence des capillaires met en relief les dispositions fondamentales de la circulation rénale.

Or ces lésions aiguës du rein et du foie, avec les dégénérescences graisseuses systématiques qui leur font cortège, sont précisément celles qu'on rencontre dans les hépatites et les néphrites toxiques qui accompagnent si souvent les maladies infectieuses.

L'hépatite et la néphrite toxique qui accompagnent la thyroïdectomie double chez le chien n'avaient pas, que je sache, été signalées. Elles ont ce grand intérêt de dénoncer, d'une manière qui n'avait jamais été aussi directe, la réalité d'une substance toxique et d'une intoxication dans la cachexie strumiprive expérimentale, et de donner une force nouvelle à la théorie sécrétoire du rôle des corps thyroïdes.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

HOPITAL DE LA PITIÉ — SERVICE DE M. POLAILLON

GROS ENCHONDROME MIXTE DE LA PAROTIDE. — ABLATION. GUÉRISON.

(*Observation recueillie par* M. MICHEL DANSAC, *interne du service.*)

Un homme de 64 ans, exerçant la profession de cultivateur, n'ayant jamais été malade, n'ayant aucun antécédent héréditaire, et encore très vigoureux, entre le 16 mars 1891, à la Pitié, salle Broca, n° 36.

Il y a trente ans, dit-il, une petite tumeur, du volume d'un pois, apparut un peu au-dessous et en arrière de l'angle du maxillaire inférieur, à droite. Cette tumeur, arrondie, lisse, indolente à la pression, était mobile sous la peau. Depuis cette époque, elle a toujours augmenté, sans provoquer de la douleur. Elle prit, peu à peu, une forme ovoïde, dont le grand diamètre était dirigé de haut en bas et d'arrière en avant. Dans ces dernières années, elle gênait les mouvements nécessaires à la mastication et à l'articulation des mots, et produisait de la surdité à droite. Quelques mois avant l'entrée à l'hôpital, la tumeur, déjà très volumineuse, semblait prendre un accroissement plus rapide.

Nous constatons une tumeur, grosse comme les deux poings, siégeant à la face extérieure de la joue droite; son diamètre vertical mesure 17 centimètres, son diamètre horizontal 14 centimètres. En haut, elle soulève fortement le lobule de l'oreille et oblitère le conduit auditif interne. En arrière, elle recouvre toute la région mastoïdienne et la déborde du côté de l'occipital. En avant, elle soulève la joue et s'étend jusqu'au voisinage de la commissure des lèvres. En bas, elle descend presque jusqu'à la clavicule.

Elle a une forme ovoïde, oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Au niveau du cou, elle forme une saillie proéminente, arrondie, qui se détache des parties sous-jacentes.

Sa consistance est variable dans ses différents points. Dans la plus grande partie de son étendue, elle présente une dureté analogue à celle du cartilage; dans d'autres parties, elle est molle, élastique, donnant la sensation d'une fausse fluctuation. D'une manière générale, sa consistance va en augmentant d'avant en arrière.

Au niveau du cou et de la joue, la tumeur est mobile sur les tissus sous-jacents. Mais dans la région parotidienne, on sent qu'elle adhère aux tissus profonds.

La peau est normale dans les deux tiers inférieurs de la tumeur. Mais à mesure qu'on l'examine plus près de l'oreille, elle devient rouge, variqueuse, adhérente à la masse morbide. En arrière du lobule de l'oreille, notamment, elle paraît dégénérée.

Un écoulement abondant de cérumen, dont les qualités sont altérées, irrite et excorie la peau au niveau du pavillon de l'oreille.

---

secours des enfants pauvres, nous avons ouvert quelques salles à l'ospedale dei Chronici. — Notre installation est d'ailleurs très primitive, mais nous n'avons pu faire mieux avec nos ressources. »

L'ospedale dei Chronici est une dépendance de Pommatone, on y recueille principalement les vieillards infirmes.

Nous y avons trouvé, comme on nous l'avait annoncé, quatre petites salles, basses, mal éclairées, presque malpropres, où sont accumulés une quarantaine d'enfants. Affections médicales, chirurgicales, aiguës, chroniques, tout est confondu pêle-mêle. Les enfants atteints de maladies contagieuses seraient transportés hors de la ville dans un lazaret que nous n'avons pas visité.

Nous ne pouvons que souhaiter, dans l'intérêt de la ville de Gênes, que des sacrifices soient faits pour l'amélioration de ce petit service qui nous a paru vraiment misérable.

II

OSPIZIO PER L'INFANZIA ABBANDONNATA

Cet hospice, situé dans les parties hautes de la ville, est installé dans des constructions très modestes. Comme dans toutes les maisons de ce genre, les enfants ne font qu'un court séjour et sont placés, dès que leur état le permet, chez des nourrices ou dans des familles qui habitent les campagnes voisines de la Ligurie.

On ne conserve dans l'infirmerie que les enfants malades, débiles ou suspects de maladies contagieuses, de syphilis par exemple. Les syphilitiques sont toujours élevés au biberon, les autres sont confiés à des nourrices sédentaires.

Les maladies contagieuses, telles que la rougeole, la scarlatine, etc., seraient isolées dans des pièces indépendantes. Mais il n'existe pas de pavillon d'isolement proprement dit. — La surveillance des salles est assurée par des religieuses de Saint-Vincent de Paul.

Nous puisons dans les renseignements qu'a bien voulu nous donner l'estimable directeur de la maison et dans le *Risoconto morale* (rapport officiel), quelques détails intéressants sur l'organisation et le fonctionnement du service des enfants assistés à Gênes.

De même qu'à l'hospice des Enfants-Assistés de Paris, on recueille à Gênes, des enfants de plusieurs catégories.

I. — Des enfants exposés ou abandonnés dans des lieux publics.
II. — Des enfants illégitimes nés de parents inconnus.

Il n'y a pas de dégénérescence ganglionnaire au cou ni sous la mâchoire. Aucun trouble de la sensibilité et de la motilité dans ce côté de la face. Le malade n'éprouve qu'une sensation de gêne, et un peu de douleur dus à l'irritation de la peau.

En raison de la consistance, de la forme, de la longue évolution, de l'indolence de cette tumeur, de la région où elle s'est développée, M. Polaillon diagnostique un *enchondrome de la parotide*. Mais un *enchondrome mixte* envahissant les tissus et la peau au voisinage de l'oreille et tendant à devenir une tumeur maligne.

C'est cette tendance à l'envahissement, plus encore que la gêne causée par la masse morbide, qui fournit l'indication formelle de l'enlever par une opération.

Opération le 22 mars. — Le malade étant endormi par le chloroforme, M. Polaillon pratique sur la face externe de la tumeur, deux incisions courbes qui se rejoignent en haut, au niveau du lobule de l'oreille; en bas, au niveau de la clavicule. Ces deux incisions circonscrivent une large surface elliptique de la peau sur la partie la plus saillante de la tumeur. La dissection de la tumeur est facile dans la région cervicale. Mais à mesure qu'on se rapproche de la région parotidienne les difficultés augmentent. M. Polaillon détache complètement le lobule de l'oreille et le pavillon dans sa partie inférieure. Celui-ci étant soulevé, il enlève toute la partie morbide qui recouvre l'apophyse mastoïde. Il rugine l'os jusqu'à la partie osseuse du conduit auditif. La tumeur est alors détachée de toutes parts, et ne tient plus que par un pédicule dans la profondeur de la région parotidienne. M. Polaillon dissèque peu à peu ce pédicule avec quelques coups de ciseaux et une spatule mousse. Il paraît formé uniquement par le tissu glandulaire de la parotide. Enfin cette glande étant presque totalement isolée, le pédicule cède et la tumeur est enlevée.

Un grande nombre de vaisseaux ouverts ont été immédiatement saisis par des pinces. De telle sorte que l'hémorrhagie pendant la dissection n'a pas été très abondante. L'opération a duré quinze minutes environ. Le nerf facial ayant été coupé, il y a une paralysie des muscles de la face.

Après la ligature des vaisseaux avec des fils de soie, la peau est suturée avec des crins de Florence. Le lobule de l'oreille est remis en place et suturé. Mais il reste dans la région mastoïdienne, une surface saignante qui devra se cicatriser par bourgeonnement.

Le pansement est fait avec de la gaze iodoformée.

Le 28. — La plaie est réunie par première intention, sauf dans la région de l'oreille et de l'apophyse mastoïde, où le temporal est à nu. La paralysie faciale est complète.

L'état général du malade est très bon.

Le 10 avril. — Le pavillon de l'oreille dans sa partie inférieure, ne s'est pas réuni aux parties sous-jacentes, qui sont recouvertes de bourgeons charnus et de bonne nature.

M. Polaillon avive alors le bord du pavillon et le suture à la surface bourgeonnante de l'apophyse mastoïde par quatre fils de soie. Pansement à l'iodoforme. Pour cette petite opération complémentaire, l'anesthésie avec la cocaïne a suffi

Les jours suivants, la cicatrisation se complète et le pavillon de l'oreille se réunit aux parties profondes.

Le 22. — Le malade quitte la Pitié guéri. Le conduit auditif cartilagineux ayant été détruit, il y a, à ce niveau, une cicatrice qui produit une atrésie de l'oreille. D'où une surdité marquée.

La paralysie faciale persiste et paraît définitive; mais elle n'entraîne pas une gêne sensible de la parole et de la mastication.

Examen de la tumeur. — La tumeur se présente sous l'aspect d'une masse lisse avec des bosselures, d'une couleur blanc nacrée. Elle est entourée par une capsule de tissu cellulaire lâche. Sa consistance est dure. En la sectionnant, elle crie sous le couteau. Sa coupe est blanche. En certains points, son tissu s'est ramolli et présente l'aspect et la mollesse de la pulpe cérébrale. Son pédicule est constitué par la glande parotide qui est sclérosée.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'une tumeur mixte, dans laquelle l'élément cartilagineux prédomine. Dans les quatre cinquième de la tumeur, on trouve des cellules cartilagineuses ramifiées et de petites cellules analogues à celles du cartilage fœtal au milieu de nombreuses fibrilles formant des travées de tissu conjonctif. Dans le pédicule, on trouve les éléments glandulaires de la parotide. Mais les culs-de-sac glandulaires sont amincis, comprimés par les faisceaux de tissu conjonctif qui se prolongent en différentes directions. Les vaisseaux sont nombreux et dilatés. A ce niveau les cellules cartilagineuses sont très rares.

III. — Des enfants illégitimes reconnus par l'un ou l'autre des parents.

IV. — Des enfants légitimes, orphelins de père et de mère, ou abandonnés par leurs parents qui sont dans le dénuement.

En 1880, 486 enfants ont été secourus; en 1882, on en compte 506. — La proportion des abandons, pour cent naissances, est de 3,5 0/0, en moyenne (1).

Le tour a été supprimé en Italie, comme en France; les formalités de l'abandon se réduisent à la production de l'état civil pour établir l'indentité de l'enfant.

(1) Ces détails sont extraits du *Risoconto morale per l'anno* 1882, à Genova, chez Pietro Martini, 1884.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE.

I. — RECHERCHES SUR LES SUITES DE L'AVORTEMENT, par le Dr G. PUPPE. (*Inaugural-dissertation*, Berlin 1890, *analysé in Centralblatt für Gynækologie*, 1891, nº 16, p. 320.)

II. — LE DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE LA GROSSESSE ECTOPIQUE (GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE), par le Dr BALDY. (*Medical News*, 20 décembre 1890, p. 659.)

III. — DEUX CAS DE PERFORATION DE L'UTÉRUS PENDANT LE CURETTAGE, par le Dr F. HAYNES. (*American Journal of Obstetric*, novembre 1890, p. 1193.)

I. — M. Puppe a traité à fond ce sujet tout d'actualité. Son travail, fait sous la direction du professeur Winter, de Berlin, mérite qu'on s'y arrête un peu longuement.

L'auteur rappelle tout d'abord que la plupart des gynécologues considèrent la rétention de la caduque, à la suite d'un avortement, comme la cause efficiente de l'endométrite; celle-ci serait en quelque sorte inévitable à la suite de la rétention de la caduque utérine. Cependant Schrœder et Veit ont affirmé nettement la possibilité d'une *restitutio ad integrum* de la caduque retinée; mais ils ont reconnu que, plus souvent encore, la muqueuse utérine est envahie par des alté-

rations pathologiques. Pour trancher cette question, M. Puppe a fait une enquête très minutieuse sur les cas de rétention partielle ou totale de la caduque utérine, qui se sont présentés à la clinique gynécologique de Berlin, pendant une assez longue période de temps. Tous les cas d'avortement survenus pendant cette période d'enquête ont été enregistrés avec soin, après que l'auteur eut pu se convaincre, que tout ce qui avait été expulsé par les parties génitales de la femme lui avait été entièrement remis. On tenait particulièrement compte de la quantité et de la structure de la caduque expulsée, de l'époque des dernières règles qui avaient précédé l'avortement, de l'évolution de cette période menstruelle, de la grossesse et de la période puerpérale, enfin de la quantité et des caractères extérieurs de l'écoulement lochial. Cette première enquête a porté sur 160 femmes que l'auteur a pu interroger personnellement, quatre mois après l'avortement; 100 de ces femmes lui ont fourni des renseignements sur l'époque du premier retour des règles, sur les caractères du flux menstruel, sur les conceptions éventuelles, etc., etc. Détail important, chez toutes ces femmes, le traitement de l'avortement avait été institué suivant toutes les règles de l'antisepsie moderne; on avait pu constater que les parois de l'utérus étaient parfaitement lisses et la cavité utérine entièrement vide, après l'expulsion de l'œuf.

Les faits sur lesquels a porté cette enquête ont été divisés en plusieurs groupes :

Les cas d'avortement chez les femmes bien portantes, et qui n'ont nécessité aucune intervention obstétricale proprement dite. Chez une des femmes de ce groupe, l'écoulement lochial a duré trois semaines. Pour expliquer cette longue durée de l'écoulement lochial, M. Puppe admet que le détachement de la caduque utérine s'est fait dans la couche glandulaire la plus superficielle, et que l'élimination des couches plus profondes n'a pu se faire dans le délai normal des lochies. Chez les femmes de ce premier groupe, les premières règles qui ont suivi l'avortement ont été profuses. Dans un cas, il y a eu conception après la cinquième période menstruelle.

Le second groupe comprend les femmes chez lesquels la caduque utérine a été expulsée en totalite. Durée habituelle des lochies, huit jours. Premières règles, profuses. Pas de conception dans les quatre mois qui ont suivi l'avortement.

Le troisième groupe comprend les cas où après l'avortement on a pratiqué le curettage de l'utérus; ces cas ne présentent rien de particulier à signaler.

Dans 12 cas il y a eu rétention totale de la caduque; 2 seulement de ces cas se sont compliqués de métrorrhagies qui se sont arrêtées rapidement pour ne plus se reproduire. Voilà qui contredit les assertions de Schrœder, comme quoi l'hémorrhagie serait en quelque sorte la réaction de l'organisme contre la rétention. Dans un des cas en question, une hémorrhagie survenue trois jours après l'expulsion de l'œuf amena l'élimination spontanée de la caduque. M. Puppe admet que dans les deux cas qui se sont compliqués d'hémorrhagies, le sang provenait du lieu d'insertion du placenta, l'hémorrhagie ayant eu pour cause une atonie passagère de l'utérus, et ayant été sans rapport direct avec la rétention de la caduque. Dans les cas de ce quatrième groupe, l'écoulement lochial a duré de six à quatorze jours; il n'était point putride, ni d'une abondance exagérée; il n'y a pas eu expulsion de lambeaux de caduque. La régénération de la muqueuse s'est donc effectuée d'une façon normale. Les règles sont revenues régulièrement au bout de quatre semaines; en thèse générale elles ont été profuses au début. Dans 4 cas, il y a eu conception ultérieure. Les renseignements recueillis après coup, chez une de ces femmes, portent que l'accouchement s'est fait normalement. Pour que la rétention de la caduque n'entraîne pas de suites fâcheuses, il faut comme condition préalable, que l'utérus ait été débarrassé de tous les lambeaux de caduque flottants, non adhérents à l'organe, et que l'antisepsie de la cavité utérine ait été pratiquée avec un soin parfait.

Dans 30 cas de rétention partielle de la caduque, les choses se sont passées d'une façon à peu près analogue que dans les 12 cas du groupe précédent; dans 12 de ces 30 cas, on a pu constater une conception ultérieure. En somme, la proportion des conceptions a été de 38,1 0/0 pour les cas où il y a eu rétention partielle ou totale de la caduque, et de 6,25 0/0 pour les cas où il y a eu expulsion totale de cette membrane.

Chez 39 femmes qui étaient malades déjà avant l'avortement, il n'y a pas eu grand'chose de particulier à noter. Chez deux de ces femmes, on a constaté une conception ultérieure, dans le cours de l'enquête, chez deux autres, un nouvel avortement. Dans les cas où une endométrite préexiste à l'avortement, le curettage ne suffit pas pour ramener l'utérus à l'état normal; un traitement consécutif prolongé s'impose.

En somme, des recherches de l'auteur se dégage une double conclusion : c'est que d'abord la rétention de la caduque, après un avortement, n'entraîne pas fatalement une endométrite, c'est qu'ensuite qu'il est erroné de prétendre qu'après tout avortement il y a lieu de pratiquer autant que possible le curettage.

II. — Tous les gynécologues s'accordent à reconnaître l'importance qu'il y a de faire le diagnostic d'une grossesse utérine à une époque aussi rapprochée que possible de son début. Or, cette question de diagnostic se heurte à de grandes difficultés et a soulevé de nombreuses controverses. M. Baldy s'est donné pour tâche de l'élucider, et de fixer d'une façon plus précise qu'on ne l'avait fait jusqu'ici les signes qui doivent nous guider dans l'établissement de ce diagnostic.

D'ordinaire, les règles sont supprimées pendant un ou deux mois; ensuite, il se fait par les parties génitales un écoulement d'abord plus clair, puis plus foncé que l'écoulement normal et renfermant des coagulums et des lambeaux de tissu. Cet écoulement se reproduit d'une façon irrégulière, il a une durée relativement longue; quelquefois il s'établit à la suite d'une période menstruelle qu'il semble en quelque sorte prolonger; quelquefois aussi on ne note aucune anomalie de la menstruation. Mais, en somme, les irrégularités qu'on observe sont trop peu caractéristiques pour ne pas pouvoir être rattachées à quelque autre cause que la grossesse.

On a donné comme signe pathognomonique de la grossesse extra-utérine, l'expulsion de la caduque, qui, le plus souvent, se fait d'abord par petits lambeaux, puis par fragments plus volumineux. Ce signe, quand il existe, a effectivement une grande valeur. Toutefois, il échappe souvent à l'attention de la femme, les fragments de la caduque étant expulsés au moment des garde-robes, ou n'étant pas soumis à l'examen du médecin. Inversement, il arrive que des femmes prétendent avoir expulsé des membranes alors qu'il n'en est rien. Bref, à l'idée de M. Baldy, le signe en question est loin d'avoir dans la pratique la valeur qu'on lui attribue généralement.

Il en serait tout autrement de la douleur, qui s'observe d'une façon constante dans les cas de grossesse extra-utérine. Quand l'œuf est au début de son développement, cette douleur est peu intense quand elle existe; puis elle se calme pendant un intervalle de temps assez long, pour se réveiller, et à cette seconde phase, elle affecte une extrême violence. Elle est intermittente, revêtant un caractère spasmodique. Elle gagne en fréquence et en intensité, allant jusqu'à provoquer des

lypothymies. Il a pour siège constant le bassin et les malades le localisent dans la profondeur du ventre. Cette douleur, d'un caractère si particulier, doit pour le moins éveiller dans l'esprit du médecin, le soupçon d'une grossesse extra-utérine; c'est elle d'ailleurs qui, d'ordinaire, détermine la femme à consulter un médecin.

Autre point à prendre en considération : il est rare qu'une première grossesse soit extra-utérinaire; le plus souvent la femme a déjà eu au moins un enfant, et entre la précédente délivrance et la grossesse extra-utérine il s'est écoulé une période de stérilité assez longue.

La constatation des signes généraux en rapport avec la grossesse a également une grande importance. Il ne faut pas perdre de vue, toutefois, que ces signes peuvent être en rapport avec quelque autre affection des organes génitaux, tumeur de l'ovaire, pyosalpingite, etc. La teinte spéciale du vagin existe toujours. Le col est généralement augmenté de volume et ramolli, entr'ouvert, de même le corps de l'utérus est presque toujours augmenté de volume et immobile.

Le plus souvent, la palpation fera constater dans l'un des flancs un kyste dur, douloureux, fixé en place par des adhérences; plus rarement, le kyste siège sur la ligne médiane et se trouve en rapport avec le col. Il peut se faire qu'on trouve une tumeur dans les deux flancs, lorsque la grossesse extra-utérine coïncide avec un néoplasme de la trompe ou de l'ovaire du côté opposé. Toujours on peut constater un accroissement progressif de la tumeur. Les pulsations dont celle-ci peut être le siège n'ont pas de valeur.

Le ballottement ne peut être perçu qu'à une époque relativement tardive vers le troisième mois. L'accélération du pouls et l'élévation de la température interne sont de règle, en raison de l'inflammation du revêtement péritonéal des organes pelviens.

Au point de vue subjectif, il est à noter que dans la plupart des cas de grossesse extra-utérine les femmes se considèrent comme étant enceintes.

Quand approche l'époque où le kyste va se rompre, des douleurs paroxystiques éclatent presque toujours; puis, après un de ces paroxysmes, la femme tombe dans un état de collapsus et présente tous les signes d'une hémorrhagie interne. Alors le diagnostic de vraisemblance s'impose, quand on a bien suivi l'évolution du cas.

En somme, M. Baldy conclut que dans certains cas la grossesse extra-utérine peut être diagnostiquée à ses débuts, tandis que, assez souvent, les signes qu'on lui attribue peuvent se rencontrer en l'absence d'un kyste fœtal. Inversement, ces signes peuvent manquer et le diagnostic ne pourra être fait qu'au moment de la rupture de la poche de l'œuf. A l'appui de ces conclusions, l'auteur cite des faits en grand nombre, les uns tirés de sa pratique personnelle, les autres empruntés à différentes sources.

III. — L'une des observations de Haynes concerne une multipare dont la cavité utérine, neuf mois après un accouchement, mesurait 7 pouces; l'organe était mou, relâché. Pour débarrasser la femme de ses métrorrhagies, on lui fit des irrigations intra-utérines, puis on pratiqua le curettage avec beaucoup de soin. L'assistant, chargé de refouler le fond de l'utérus de haut en bas, remarqua que la curette venait en contact avec les téguments abdominaux. Après l'opération, on fit un lavage de la cavité utérine avec une solution de sublimé. La femme fut prise d'une douleur violente, elle tomba en état de collapsus, puis elle présenta les symptômes d'une péritonite en même temps que ceux d'une intoxication mercurielle. Finalement elle s'est rétablie.

Dans le second cas, chez une multipare affectée d'une endométrite fongueuse, on put, après un curettage, constater directement avec la sonde que la paroi utérine avait été perforée. On fit tous les préparatifs nécessaires pour pratiquer une laparotomie, qui fut jugée inutile, en l'absence de tout symptôme grave ultérieur.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Les virus, par M. S. Arloing, directeur de l'Ecole vétérinaire, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. — (Félix Alcan, 1891. In-8°.)

La Bibliothèque scientifique internationale vient de publier un nouveau volume consacré à une exposition succincte de nos connaissances actuelles en bactériologie.

L'ouvrage commence par un chapitre comprenant l'historique de la question et l'*évolution des idées sur la virulence;* depuis les *théories chimiques* et le *parasitisme* de Raspail, jusqu'au moment où des découvertes sur les fermentations vinrent bouleverser l'ancienne médecine et donner une base solide aux théories nouvelles.

Cette ère de progrès s'ouvre en 1857 avec le mémoire de Pasteur sur la fermentation lactique; puis vinrent les travaux sur la levure de bière et les découvertes qui amenèrent la méthode de sélection qui caractérise les cultures successives. Au nom de Pasteur, viennent s'ajouter ceux de Davaine qui avait découvert la bactéridie charbonneuse; de Chauveau, qui en 1868 étendait aux septicémies chirurgicales les conclusions de Davaine, à savoir : que le microbe était la cause et non le résultat de la maladie; puis de Villemin, de Koch, pour la tuberculose; de Toussaint, pour le choléra des poules; de Klein, Pasteur, Thuilier pour le rouget de porc; de Bouchard, Capitan, Charrin, Lœffler, pour la morve, etc.

Ce fut Sédillot qui, en 1878, proposa pour ces organismes inférieurs le nom de microbes, qu'on range aujourd'hui parmi les algues, dans le groupe des bactériacées.

Mais la classification plus complète de ces organismes se heurte dès le début au polymorphisme qui les caractérise. Les conditions de cultures pouvant faire varier leur forme et leur dimension, on s'attacha alors à leur action pathogène, la maladie servant à caractériser le microbe. Des expériences ultérieures montrèrent qu'un microbe pathogène peut perdre sa virulence, tout en conservant ses propriétés végétatives, et d'autre part Pasteur, Arloing, Chauveau, démontrèrent que sous d'autres influences ces microbes, devenus indifférents, pouvaient reprendre leurs propriétés pathogènes; c'est ainsi que « plus on va, plus s'effacent les limites tranchées « qu'on avait cherché à établir entre les bactéries vulgaires « et les bactéries virulentes, entre le *saprogénisme* et le *pathogénisme* ».

L'étude du mécanisme d'action des microbes n'est pas moins intéressant.

Comment se fait la maladie? On invoqua d'abord l'obstruction des vaisseaux par les microbes, et la lutte entre ceux-ci et les éléments anatomiques, privés des éléments nutritifs nécessaires à leur existence. Puis vint l'irritation de ces éléments, et quand l'étude des ferments fut plus complète, on attribua aux microbes la faculté de sécréter un poison, cause des accidents observés. Les recherches de A. Gautier et de Brieger ont rapproché ces poisons des *ptomaïnes* et des *leucomaïnes*.

Plus récemment on est arrivé à y voir des substances multi-

ples et complexes, et on les désigne aujourd'hui sons le nom de *toxines* ou de *toxalbumines*.

Puis vint la question de l'*immunité conférée*; on sait que ces toxines prennent une large part dans sa production. BOUCHARD se demanda si ces toxines ne renfermaient pas à la fois des *matières toxiques* et des *matières vaccinantes*. GAMALEIA a montré dans certains cas le bien fondé de cette hypothèse.

Inversement, ces toxines peuvent, chez des organismes naturellement réfractaires, *favoriser* l'infection et devenir ainsi tout l'opposé des vaccins.

Enfin, nous connaissons mieux aujourd'hui les moyens de défense de l'organisme contre les infections : les travaux de METSCHNIKOFF, de MARSANT et BARDET ont montré toute l'importance du *phagocytisme*.

A ces considérations générales fait suite une *comparaison de la virulence avec le parasitisme simple*. La caractéristique des virus est d'infecter l'économie, de s'y multiplier en produisant des accidents sans rapport avec la masse de substance active. Les effets des parasites, au contraire, sont toujours en rapport avec le nombre de ceux-ci et le siège qu'ils occupent.

Viennent ensuite des considérations, avec preuves à l'appui, sur la nature des virus, leur place dans l'ordre végétal; on sait que, d'après leur aspect, on les a divisés en corpuscules sous forme de cellules globuleuses (micrococques), de cellules en bâtonnets (bactéries), de cellules en baguettes plus longues (bacilles), etc.

Mais cette division n'est qu'apparente ; et un des caractères, non des moins singuliers de ces végétaux, est leur polymorphisme. La forme n'est donc pas suffisante à elle seule pour caractériser un microbe, elle dépend des conditions de culture dans lesquelles on l'a mis. Cette propriété est loin de simplifier l'étude de ces organismes.

— La deuxième partie de l'ouvrage comprend la biologie des microbes, leur culture artificielle, l'influence qu'exerce sur leur végétation les milieux ambiants et les conditions extérieures de vie dans laquelles ils sont placés, l'influence de leur végétation sur les milieux qui leur servent de substratum nutritif.

A ce chapitre se rattachent: la chromogénèse, la liquéfaction des milieux, et leur modification chimique. Enfin, comme dernier terme de la vie des microbes, nous trouvons les matières fabriquées par eux, et qui comprennent : 1° *les diastases*; 2° *les ptomaïnes*.

— Dans la troisième partie de l'ouvrage, M. Arloing étudie le rôle joué par les microbes dans la propagation et la production des maladies virulentes : à ce chapitre se lie l'étude de la *contagion* qui peut se faire par l'intermédiaire de l'atmosphère, de l'eau, du sol, des substances alimentaires, de la vaccination.

On a cru à un moment que la plus petite quantité d'un agent virulent était capable de provoquer la maladie. Or, il n'en est rien. La gravité de la maladie, son existence même dépendent souvent et du nombre des microbes, et du siège où se fait l'inoculation.

Elle dépend également de la possibilité pour l'organisme de s'infecter lui-même (auto-infection).

Les pages qui suivent sont consacrées aux modes d'introduction et de propagation des virus dans l'organisme, et aux troubles qu'ils y provoquent.

Et nous arrivons enfin aux moyens que l'organisme possède pour lutter contre l'infection microbienne et contre les produits solubles. En dehors de l'élimination spontanée des microbes par les glandes, qui reste hypothétique, l'organisme possède des moyens de défense qui sont d'abord la *phagocytose*, lutte corps à corps des éléments blancs (phagocytes) contre les microbes; *l'état bactéricide* du sang surtout bien connu depuis les travaux de M. Bouchard.

Si l'élimination glandulaire des éléments figurés eux-mêmes est douteuse, il n'en est plus de même de l'élimination des toxines par cette voie, et la sécrétion rénale joue un grand rôle à ce point de vue.

Enfin les moyens de défense de l'organisme peuvent aboutir à un autre résultat que la destruction ou l'élimination des microbes : ils peuvent avoir pour conséquence, l'atténuation progressive et complète des virus inoculés.

Un chapitre consacré à la destruction artificielle de la virulence permet au lecteur de se rendre compte de ce mécanisme si curieux et des moyens qu'on emploie dans les laboratoires pour l'obtenir.

Et ceci nous amène tout naturellement au moyen de défense par excellence de l'organisme contre les virus, à *l'immunité acquise et à l'immunité naturelle*. L'inaptitude de certaines espèces animales à contracter une maladie, constitue l'imunité naturelle. L'autre est la conséquence soit de la vaccination, soit d'une première atteinte de la maladie.

L'importance de cette dernière est grande et permet d'expliquer les non récidives de certaines maladies. Aussi M. Arloing y insiste-t-il longuement. Il résume ainsi les moyens qu'on peut mettre en pratique pour l'obtenir :

1° Demander la diminution d'activité des virus au petit nombre des microbes infectieux inoculés.

2° S'adresser, pour obtenir cette diminution d'activité, à un mode particulier d'introduction des agents infectieux.

3° Communiquer aux virus un affaiblissement de virulence passager ou transmissible et permanent.

4° Agir avec des virus non pas de même espèce, mais de même famille et naturellement bénins.

5° Modifier la composition du milieu organique.

M. Arloing passe en revue les moyens d'obtenir cette atténuation passagère ou cette atténuation permanente, et arrive à parler dans un chapitre spécial de l'atténuation du virus rabique et des procédés qui ont amené M. Pasteur à cette admirable découverte de la vaccination antirabique. Plus loin, il consacre quelques pages aux inoculations préventives contre le charbon symptomatique et contre le charbon des moutons.

L'ouvrage de M. Arloing se termine par un chapitre sur la variabilité et sur le transformisme qui caractérise les microbes pathogènes.

La microbiologie n'a pas seulement un intérêt de pure science. Elle a permis de connaître la pathogénie des maladies infectieuses, leur condition de développement et de propagation, elle a permis de fixer des mesures rationnelles pour les conjurer, et grâce à elle, l'hygiène publique et privée a pris un essor considérable dans ces dernières années.

Telle est dans son ensemble la substance de cet excellent livre, que M. Arloing a écrit avec sa compétence toute spéciale et avec la conviction d'un savant qui a beaucoup travaillé et beaucoup vu dans le domaine des faits dont il avait à parler.

H. BARBIER.

BULLETIN

LA NATURE INFECTIEUSE DU TÉTANOS.

Si on cherchait un exemple propre à caractériser le mouvement de la science contemporaine, on ne pourrait en trouver de meilleur que celui qui est fourni par les progrès accomplis dans la connaissance de l'étiologie et de la nature des maladies, et particulièrement des maladies infectieuses. Au nombre de ces dernières on peut ranger le tétanos, cette affection mystérieuse restée si longtemps un des épouvantails de la chirurgie et vis-à-vis de laquelle nous commençons à entrevoir une prophylaxie rationnelle et efficace. Ici encore c'est à la doctrine microbienne, cette doctrine qui menace d'envahir toute la pathologie, que nous devons l'acquisition des données les plus importantes. Une série de recherches poursuivies dans ces dernières années a permis de découvrir en effet une série de faits nouveaux et inattendus M. le Dr H. Vincent vient précisément de résumer ces faits dans une revue générale (*Revue générale des Sciences*) qui exprime bien l'état actuel de la question.

Tout d'abord on peut, dès aujourd'hui, admettre comme démontrée cette proposition, à savoir que la cause véritable des accidents tétaniques réside dans l'infection générale de l'organisme par un bacille spécial, à la découverte duquel Nicolaïer a attaché son nom. Les expériences instituées sur ce point paraissent avoir mis la chose hors de contestation. Mais il se trouve, d'autre part, que l'infection tétanique a ses lois particulières, qu'elle n'est pas susceptible d'être transmise en série, à l'instar de la tuberculose, de la septicémie, du charbon. Ainsi, l'inoculation d'une culture bien pure du bacille provenant d'un animal tétanique, se montre incapable de reproduire la maladie chez un autre animal réceptif, quel que soit d'ailleurs le mode d'inoculation.

Pour expliquer ce fait, véritable infraction à la loi des infections bacillaires, il faut nécessairement admettre que le bacille spécifique ne possède ici aucun pouvoir pathogène qui lui soit propre et qu'il n'agit sur l'organisme que par les produits solubles auxquels il a donné naissance dans le liquide de culture. Telle est la conclusion de M. le Dr Vincent, et il fournit à l'appui des preuves expérimentales dont la plus essentielle consiste à inoculer des animaux avec le produit soluble de cultures préalablement filtrées sur porcelaine, de façon à séparer complètement le bacille des *toxines* secrétées par lui.

Cette expérience, fort démonstrative, ne manque pas son effet et on constate, chez l'animal inoculé, l'apparition de symptômes tétaniques absolument semblables à ceux qui surviennent à la suite de l'injection de cultures pures, non filtrées. Inversement, on peut inoculer des cultures pures du bacille à un animal très réceptif (cobaye), sans déterminer le moindre phénomène tétanique. La conclusion à tirer de cette double expérience est positive, formelle, car elle est empreinte de toute la rigueur que l'on est en droit d'exiger des faits expérimentaux. On ne peut lui opposer d'objection valable, comme celle qui serait tirée du caractère artificiel des accidents ainsi produits et qui constituent une sorte de maladie artificielle, quelque chose comme un tétanos de laboratoire : car on est en droit de supposer que les choses se passent de même pour le tétanos accidentel, dit spontané, pour celui qu'on observe dans la pratique, conséquence ordinaire de traumatismes accomplis dans des circonstances particulières. Il reste à déterminer la cause de cette anomalie qui classe le poison tétanique à part et le met pour ainsi dire hors la loi commune des infections bacillaires.

Cette dernière question, M. Vincent estime, qu'on peut la résondre par l'analyse des circonstances qui entourent habituellement le développement du tétanos naturel. On sait que cette grave complication se rencontre de préférence à la suite des plaies irrégulières, anfractueuses, et surtout des plaies contuses, quand elles ont été souillées par des parcelles de terre imprégnées du germe tétanique. Dans ces cas, l'examen des tissus envahis y montre habituellement une abondante multiplication du bacille spécifique. Cette multiplication paraît donc beaucoup facilitée par la nature même de la plaie, par sa profondeur, par l'irrégularité de sa surface libre, qui constituent autant de circonstances propices au développement d'un germe incapable autrement d'agir et de proliférer par lui-même. D'autre part, on a remarqué ce fait, que la coexistence dans la même plaie d'un microbe d'espèce vulgaire, non spécifique, favorise singulièrement l'infection tétanique. Ce phénomène intéressant et en apparence peu vraisemblable a été mis hors de doute par des recherches expérimentales précises et rigoureuses. Le développement du tétanos naturel paraît donc lié à l'existence de ces deux conditions principales : Traumatisme avec désorganisation des tissus : association dans la même plaie d'espèces microbiennes différentes. Or, il se trouve précisément que ces conditions sont réalisées habituellement dans la pratique. En effet, d'une part le privilège de provoquer la complication tétanique appartient presque exclusivement aux plaies contuses et d'autre part, le bacille spécial qui existe dans les terres souillées tétaniques s'y trouve ordinairement accompagné d'un grand nombre de bactéries d'espèces plus ou moins différentes. Ce seraient là, d'après M. le Dr Vincent, les deux circonstances adjuvantes indispensables au développement du bacille et à l'apparition ultérieure des signes de l'infection.

Il y aurait vraiment lieu de s'étonner de cette activité pathogène et virulente du contage tétanique si nous ne connaissions déjà celle-ci par des expériences préalables. Il suffira de se rapporter à ces expériences, qui nous montrent l'injection du liquide de culture amenant la mort d'un cobaye à la dose d'un millième de centimètre cube, celle d'une souris blanche à une dose cent fois moindre, au milieu des phénomènes typiques du tétanos. D'après des recherches récentes, cette *toxine*, qui constitue le produit de culture, paraît appartenir chimiquement à l'ordre des diastases et elle se rapproche étroitement du venin des serpents avec lequel, notamment, elle partage le privilège de pouvoir être absorbée impunément par les voies digestives. L'étude expérimentale que nous venons de résumer, établit donc qu'elle est un des poisons les plus actifs et les plus subtils que l'on connaisse. Contre ce poison, nous ne possédons pas jusqu'à ce jour d'antidote, ni d'autres ressources que les moyens vulgaires empruntés aux pratiques de l'antisepsie. On peut espérer que la microbiologie, qui nous a déjà édifiés sur son origine, nous fournira aussi un jour les moyens de le neutraliser sur place, et de prévenir ainsi l'infection ultérieure du système nerveux central, condition nécessaire de l'apparition du tétanos. Si un pareil vœu vient à être réalisé, cette science aura cessé de mériter le reproche de stérilité et d'impuissance thérapeutique, dont ses détracteurs se font volontiers un argument et une arme contre elle.

P. MUSELIER.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique de France (présidence de M. le Dr Brouardel.) — M. Henri Monod rend compte de la situation sanitaire à l'intérieur et signale une épidémie de variole à Millau : à la demande du préfet, une étuve de désinfection a été envoyée sur place ;— une épidémie de rongeole à Bastia : 63 décès en avril ; — une épidémie de rongeole à Ignez (Seine-et-Oise), le préfet a fait le nécessaire et annonce un prochain rapport.

— Dans un hameau de Saint-Denis-des-Bois (Nièvre), une épidémie de diphtérie, aujourd'hui terminée, a donné lieu à 7 cas dont 5 décès.

— Le nouveau service d'informations des cas de maladies épidémiques par les instituteurs et les institutrices commence à fonctionner. Pendant le premier trimestre de 1891, pour 47 arrondissements seulement, le nombre des bulletins d'avertissement signalant un ou plusieurs cas de maladies transmissibles et envoyés par les instituteurs aux préfectures s'est élevé à 934.

Le nombre des rapports fournis par les maires sur les cas signalés par ces bulletins s'est élevé à 446.

Tout fait donc espérer que, quand ce nouveau service sera entré dans la pratique courante, les pouvoirs publics avertis dès l'apparition du mal pourront combattre les épidémies beaucoup plus efficacement que par le passé.

— M. Proust signale deux faits sanitaires très importants depuis la dernière réunion du Comité.

Un navire infecté de fièvre jaune est arrivé à Marseille, et plusieurs cas de choléra ont été constatés à Camaran.

Le paquebot français *Béarn*, est arrivé le 27 mai au port du Frioul, ayant eu à son bord, pendant la traversée, plusieurs cas de fièvre jaune, dont cinq suivis de décès.

Parti de Buenos-Ayres le 18 avril, après y avoir embarqué 848 passagers, ce navire est arrivé à Montevideo le même jour, où il a repris 114 passagers ; dans ces deux ports, la santé publique était excellente. Arrivée à Santos le 22. Départ le 24, après y avoir débarqué 100 passagers et embarqué 27 — la santé y était suspecte. Arrivé à Rio-Janeiro le 24, il en est parti le 26 après y avoir débarqué 322 passagers et embarqué 68 — l'état sanitaire de Rio était mauvais (épidémie de fièvre jaune).

Le 5 mai, c'est-à-dire neuf jours après le départ de Rio, un décès de fièvre jaune était constaté sur un passager embarqué à Rio.

Toutes les mesures sanitaires hygiéniques furent immédiatement prises sous la direction du médecin du bord, sur ce navire, qui possédait une étuve à désinfection par la vapeur sous pression.

Le premier cas de fièvre jaune se déclarait le 1er mai, le deuxième et le troisième cas, les 2 et 3 mai, le quatrième cas le 7 mai et enfin le cinquième le dix mai. La durée de la maladie de ces cinq passagers a duré entre trois et six jours.

Le dernier décès remontait à trois jours seulement au moment du mouillage du *Béarn* au Frioul. Les passagers ont été débarqués au lazaret le 18 au matin et classés par catégories. Le déchargement sanitaire du navire a été terminé le 19 au matin.

Un passager atteint de la fièvre jaune a été transporté à l'infirmerie de Pomigues qui est complètement isolée du lazaret du Frioul. Les passagers seront soumis à 10 jours pleins de quarantaine ; tous leurs effets et objets de literie passeront par l'étuve de désinfection du Frioul ; tout le linge sale sera lavé après avoir été désinfecté.

Depuis l'arrivée au lazaret, plusieurs malades ont succombé à des maladies ordinaires, phtisie, éclampsie, méningite, etc. Le malade atteint de fièvre jaune et isolé, à Pomigues, est toujours dans un état grave, — bien que présentant une légère amélioration.

Il y a lieu de faire remarquer le peu d'extension de cette épidémie à bord, sur un navire chargé d'émigrants ; ce résultat semble dû à la présence à bord d'une étuve à désinfection et aux mesures d'assainissement et de désinfection que le médecin du navire a fait exécuter avec décision et rigueur. Le personnel du bord, l'état-major, tous les passagers embarqués dans les diverses escales sont restés absolument indemnes de la maladie. Il n'y a eu que les passagers embarqués à Rio ou des passagers embarqués à Buenos-Ayres mais ayant voulu passer la nuit à Rio, malgré la défense du commandant, qui aient été atteints de la fièvre jaune.

C'est là un fait sur lequel on ne saurait trop insister, car il établit qu'avec des mesures de désinfection convenablement effectuées sur le navire, on peut empêcher la transmission de la fièvre jaune malgré la nature susceptible des passagers, qui étaient des émigrants.

— M. Proust annonce ensuite au comité que, d'après un télégramme de Camaran, en date du 15 mai, deux cas de morts suspects ont été observés parmi les pèlerins du vapeur anglais *Sculptor*, venant de Bombay et amenant 880 Bengalis.

Trois nouveaux cas de choléra, dont un mortel, sont signalés parmi les mêmes Bengalis par un autre télégramme en date du 16 mai. Un télégramme du 20 mai annonce 8 nouveaux cas de choléra, dont un garde de santé.

C'est un navire anglais, le *Delitiau*, qui avait importé l'an dernier le choléra à Camaran : ce navire était parti de Bombay. Cette importation a été le point de départ de la grave épidémie qui a sévi sur les pèlerins de la Mecque et a menacé, plusieurs mois, la santé de l'Europe.

— M. Proust annonce également au comité, d'après une dépêche du vice-consul de France à Breslau, que plusieurs cas de varioles ont été constatés dans la Haute-Silésie. Le président du gouvernement a fait prendre immédiatement toutes mesures utiles.

— Le Conseil de santé de Gibraltar a décidé, le 14 mai, que l'influenza doit être comprise dans la classe des maladies épidémiques et contagieuses soumises à la quarantaine. Cette décision a été prise par suite de l'arrivée à Gibraltar du cuirassé anglais *Thouderer*, venant de Portsmouth, ayant à bord plusieurs matelots atteints d'influenza et auxquels on a interdit toute communication avec la terre.

— MM. les docteurs Thoinot, Vaillard et Ogier lisent des rapports sur des projets d'alimentation d'eau des communes de Dizimieu (Isère), de Vese (Drôme), d'Ecouriez (Meuse), d'Hérimінil (Meurthe-et-Moselle), de Jarnac (Charente). Les conclusions de ces rapports sont favorables aux projets et sont adoptées par le comité.

— La discussion est reprise sur le projet de loi relatif à la protection de la santé publique.

Le comité adopte les articles 1 et 2 du projet ainsi conçu :

ARTICLE 1er. —Lorsque le mauvais état sanitaire d'une commune nécessite des travaux d'assainissement et lorsqu'une commune n'est pas pourvue d'eau potable de bonne qualité, en quantité suffisante pour les besoins de ses habitants, le préfet, après avis conforme du Conseil d'hygiène du département, met la commune en demeure de procéder aux travaux.

Si le Conseil municipal n'a pris, dans le délai de trois mois à partir de ladite mise en demeure, aucune mesure en vue de l'exécution des travaux ou s'il est devenu manifeste qu'il se

refuse à leur exécution, ces travaux sont ordonnés par le gouvernement et la dépense pourra être mise intégralement à la charge de la commune, dans les conditions de la loi du 16 septembre 1807.

En cas d'avis contraire de la part du conseil d'hygiène du département, le préfet transmet sa délibération au ministre de l'intérieur qui, s'il le juge à propos, soumet la question au Comité consultatif d'hygiène publique de France. Il est ensuite procédé comme il est dit au paragraphe précédent.

Article 2. — Lorsque, même en dehors des maladies prévues par la loi du 3 mars 1882, une épidémie menace le territoire de la République ou s'y développe et que les moyens de défense locaux sont reconnus insuffisants, il est procédé conformément aux paragraphes 2 et 3 de l'article 1er de ladite loi.

La séance a été levée après l'adoption de ces deux articles.

NOUVELLES

Nécrologie. — Le Dr Jean-Pierre Bonnafont, médecin principal des armées en retraite est décédé à Paris, le 19 mai, dans sa 87e année. Né à Plaisance (Gers), de parents modestes, il s'engagea d'abord comme simple soldat, puis le goût de la médecine en fit un chirurgien militaire. D'une très grande ardeur au travail, intelligent, il se fit remarquer en Afrique, par diverses études sur la statistique de l'armée et l'acclimatement, qui appelèrent sur lui l'attention et lui valurent, à peine âgé de 31 ans, sa nomination de correspondant de l'Académie de médecine. Il a enrichi les archives de cette Compagnie et la littérature médicale, d'un grand nombre de mémoires; ceux sur la climatologie de l'Algérie, les maladies épidémiques, l'acclimatement des Européens, etc., ont conservé toute leur valeur. S'étant occupé de bonne heure, des affections de l'appareil auditif, il acquit comme médecin auriste une notoriété réelle, et il est l'auteur de procédés et d'instruments demeurés dans la pratique courante. Son traité sur les affections de l'oreille, nouveau pour l'époque, a eu deux éditions. Notre honorable confrère, qui était pour nous un ami de plus de 40 ans, avait su charmer les dernières années de sa vie, par la publication de trois volumes, contenant le récit de ses voyages, et ces trois volumes, publiés à un âge, où l'on ne songe généralement qu'à se reposer silencieusement, avaient eu beaucoup de succès. Bon et simple, obligeant et affable, Bonnafont avait manifesté le désir de reposer dans le petit cimetière d'Antony, village tranquille où il passait chaque année plusieurs mois. Il avait défendu les discours et les honneurs auxquels il avait droit. Un dernier adieu fort touchant a cependant été prononcé sur sa tombe par le Dr de Pietra Santa au nom de la Société d'hygiène.

Les assistants nombreux, en dépit de la distance de Paris, qui entouraient la digne veuve et les enfants de notre regretté confrère, famille des plus unies que nous connaissions, n'oublieront pas, qu'elle en soit bien convaincue, le chef aimé et vénéré qui vient de la quitter.

Dr A. Dureau.

Faculté de médecine de Paris.

Concours de clinicats. — Un concours pour les emplois vacants de trois chefs de clinique médicale, d'un chef de clinique chirurgicale, d'un chef de clinique obstétricale, d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint des maladies mentales, d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint des maladies cutanées et syphilitiques, d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint des maladies nerveuses, s'ouvrira le 22 juin 1891.

Se faire inscrire avant le 14 juin. Le registre d'inscription sera ouvert, tous les jours de midi à trois heures, guichet n° 2. Produire l'acte de naissance et le diplôme de docteur.

Sont admis à concourir.

1° Pour le clinicat médical, le clinicat des maladies mentales, des maladies cutanées et des maladies nerveuses, tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-quatre ans au jour de l'ouverture du concours ;

2° Pour le clinicat chirurgical et le clinicat obstétrical, tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-huit ans au jour de l'ouverture du concours.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Concours du prosectorat. — La première séance du concours pour le prosectorat a eu lieu lundi à midi 1/2. Le jury est ainsi constitué : MM. Guyon, président; Farabeuf, Ch. Richet, Tillaux, Poirier.

Voici la liste des candidats et l'ordre dans lequel ils liront leur composition écrite : MM. 1 Chevalier, 2. Faure, 3. Jonesco, 4. Delagénière, 5. Mauclair, 6. Guillemain, 7. Dagron, 8. Chipault, 9. Noguez.

La question tirée au sort pour la composition écrite est : Plèvres, Phénomènes mécaniques de la respiration, Epanchements sanguins traumatiques de la plèvre.

La première séance de lecture aura lieu jeudi à 11 heures.

Exercices opératoire de l'école pratique. — *Cinquième cours.* — M. le docteur Legueu, prosecteur, avec le concours de six aides d'anatomie, fera sa première démonstration, le mardi 26 mai 1891, à une heure précise, pavillon n° 7.

Inscriptions et Consignations (4e trimestre). — 1. *Inscriptions.* — Le registre d'inscriptions sera ouvert le mercredi 24 juin 1891. Il sera clos le samedi 18 juillet 1891, à 3 heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première année, les mercredi 24, jeudi 25, vendredi 26 et samedi 27 juin 1891 ;

2° inscriptions de deuxième année (doctorat), les jeudi 2, vendredi 3 et samedi 4 juillet 1891 ;

3° Inscriptions de troisième et quatrième années (doctorat), 2e, 3e et 4e années (officiat), les mercredi 8, jeudi 9, vendredi 10, samedi 11, mercredi 15, jeudi 16, vendredi 17 et samedi 18 juillet 1891.

La stage hospitalier obligatoire commence le 1er novembre, en vue de la 9e inscription (doctorat) et de la 5e (officiat); — il se continuera sans interruption jusqu'à la fin du trimestre qui suit la 16e inscription.

Les inscriptions pour le stage sont reçues, à partir du 15 octobre, à l'administration de l'Assistance publique, sur la présentation de la feuille d'inscriptions.

Le nombre de jours de stage par trimestre est ainsi déterminé :
1er trimestre, novembre et décembre, 56 jours ;
2e trimestre, janvier, février et mars, 86 jours ;
3e trimestre, avril, mai et juin, 86 jours ;
4e trimestre, juillet à octobre, 56 jours.

Facultés et écoles des départements.

Ecole de médecine d'Angers. — M. le Dr E. Motals, d'après le vote de l'Ecole d'Angers, vient d'être nommé professeur-libre de chirurgie opthalmologique.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le Dr Regimbeau, agrégé, est chargé jusqu'à la fin de la présente année scolaire, d'un cours complémentaire de clinique des maladies des vieillards, en remplacement de M. Mossé appelé à d'autres fonctions.

Faculté de médecine de Nancy. — M. le Dr Vautrin, agrégé, est chargé, jusqu'à la fin de la présente année scolaire, d'un cours complémentaire de clinique des maladies syphilitiques et cutanées, en remplacement de M. Schmitt.

Ecole de médecine de Reims. — L'ouverture du concours fixé au 6 novembre 1891, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour

l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à l'Ecole de médecine de Reims, est ajournée au 24 du même mois.

L'ouverture du concours fixée au 5 novembre 1891, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de médecine de Reims, est ajournée au 23 du même mois.

Faculté de médecine municipale à Marseille. — Le conseil municipal de Marseille a voté, à l'unanimité, le projet suivant relatif à la création d'une Faculté de médecine municipale à Marseille.

1° Il est institué à Marseille une Faculté municipale de médecine et de pharmacie, dont la durée est fixée à 30 ans ;

2° Les cadres de cette Faculté seront ceux prévus dans le présent rapport. Le budget, au compte de la Ville, ne sera pas supérieur à 345,600 francs, ni inférieur à 305,600 francs ;

3° La Faculté occupera le château du Pharo, ainsi que l'Institut annexé à ce bâtiment, conformément aux plans et devis dressés à la date du 27 février 1891. La Ville pourvoira lesdits locaux ;

4° La Ville fournira les cliniques indispensables à l'enseignement. Ces cliniques seront organisées à l'Hôtel-Dieu et, si besoin, à la Charité. Le concours de la Ville, pour cette organisation, est fixé à 250,000 francs.

5° Les dépenses prévues aux articles 3 et 4 seront couvertes par la vente des terrains non encore aliénés des rues Colbert, et des incurables ;

6° L'ouverture de la Faculté aura lieu dès l'achèvement et l'aménagement du Pharo ;

7° Après l'achèvement de l'Institut anatomique, l'amphithéâtre de la rue Montée-Saint-Esprit sera destiné aux services des autopsies ;

8° Le jardin botanique au parc Borély fera retour au service des plantations.

Internat de Saint-Lazare. — Le concours de l'internat pour la maison de Saint-Lazare s'est terminé par les nominations suivantes :

MM Arnaud, Richard, Lévy, Théraud, Rémond, Bouteille.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Félix Alcan, éditeur.

Chirurgie du Pancréas. Des kystes pancréatiques, par le Dr Jules Bœckel, chirurgien des hôpitaux civils de Strasbourg. — 1 vol. in-8° de 167 pages. — Prix : 3 fr.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 17 AU 23 MAI 1891

Fièvre typhoïde, 9. — Variole, 0. — Rougeole, 38. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 6. — Diphtérie, croup, 30. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 207. — Autres tuberculoses, 25. — Tumeurs cancéreuses et autres, 56. — Méningite, 31. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 50 — Paralysie, 12. — Ramollissement cérébral, 14. — Maladies organiques du cœur, 54. — Bronchite aiguë et chronique, 44. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 83. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 51. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 43. — Sénilité, 35. — Suicides et autres morts violentes, 29. — Autres causes de mort, 174. — Causes inconnues, 14. — Total 1019.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — Téléphone.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,

J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 53, Av Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

DU DEVELOPPEMENT DES IDÉES MODERNES SUR LE TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE ET CURATIF DES AFFECTIONS BACTÉRIENNES ; DE L'IMMUNITÉ ET DE L'ETAT RÉFRACTAIRE AUX MALADIES (1),

Par M. SHÉRIDAN DELÉPINE.
(Saint-George's Hospital).

La grande émotion et les espérances illimitées qu'à suscitées l'annonce de la découverte d'un traitement curatif de la tuberculose, m'ont amené à vous parler d'un sujet que je réserve ordinairement pour la fin de mon cours de pathologie. En effet, après avoir discuté les phénomènes variés que la maladie vous présente, après avoir établi la connexité de ces phénomènes avec leur cause, il est naturel d'essayer seulement alors d'expliquer pourquoi ces causes ne produisent pas toujours les phénomènes, qu'elles ne font naître en somme, que pour une certaine proportion des cas.

Rôle de l'individu, de l'âge, du sexe, de la famille, de la race, de l'espèce. — Il est d'expérience banale que, dans un temps d'épidémie, des personnes également exposées ne prennent pas toutes la maladie. Les membres affaiblis de la communauté sont généralement plus rapidement frappés que ceux qui sont vigoureux, les gens mal nourris plus vite que ceux qui le sont bien, les intempérants plus que les gens sobres, les personnes craintives plus que les courageuses. Mais en dehors de ces distinctions souvent mal déterminées, il faut bien qu'il existe d'autres influences qui puissent encourager à lutter contre le mal, car bien souvent, tel homme ou telle femme de faible constitution ont pu traverser, indemnes, de violentes épidémies alors que succombaient nombre de personnes vigoureuses. Cette résistance de quelques individus à la maladie a dû frapper en tous temps l'attention des hommes, et déjà, à une période peu avancée de l'histoire de la civilisation, des observations ont été faites, qui, par leur continuelle extension, ont amené quelques-uns des plus beaux triomphes de la médecine. L'objet de cette conférence sera précisément de vous montrer comment l'immunité à la maladie, due, supposait on tout d'abord, à des particularités individuelles ou à des influences surnaturelles, a été graduellement reconnue, comme étant en relation avec certaines circonstances extérieures agissant directement ou indirectement. Parmi les facteurs qui sont généralement mis en avant dans les ouvrages ou manuels de médecine, comme causes de la prédisposition ou de l'immunité de certains individus à telle ou telle maladie, on peut mentionner l'âge, le sexe, la race. Ces causes peuvent évidemment avoir une influence à l'occasion, au moins autant que nous pouvons le juger, in-

(1) Conférence faite à l'occasion de la publication de M. Koch sur sa méthode curative de la tuberculose.

FEUILLETON

LES HOPITAUX D'ENFANTS EN ITALIE

Rapport adressé à Monsieur le Ministre de l'Intérieur

Par le Dr G. VARIOT
Médecin des hôpitaux de Paris
chargé d'une mission spéciale en date du 10 Septembre 1890

(Suite et fin) (1).

OSPEDALE INFANTILE DI S. FILIPPO APOSTOLO

Fondé par la duchesse de Galliera (2).

Ce nouvel hôpital est situé au sud-est de la rue Assarotti, une des principales de Gênes. De ce lieu, le visiteur peut promener son regard sur la crête des Apennins et sur une vaste étendue de mer, de la pointe de Portofino au cap Mile.

« Il n'y a pas, en somme, que la France et la Russie, avec la fondation de l'hôpital des Enfants-Malades et de Trousseau, à Paris, du prince Pierre d'Oldenbourg, à Pétersbourg, et de S. Vladimir, à Moscou, qui aient pensé à cette branche de l'Assistance publique.

L'Italie, patrie prédestinée de la charité, n'est pas restée derrière les autres nations, ainsi pour ce qui concerne les asiles affectés aux soins à donner aux maladies chroniques des enfants, pour les rachitiques et les scrofuleux, elle n'a pas attendu et elle maintient la primauté, fait confirmé d'une façon non douteuse par Ranchfuss, l'historiographe des hôpitaux d'enfants.

Qui ne s'incline respectueusement devant les noms des Gamba, des Pene, des Rizzoli, des Barelli, de la marquise Fallette di Barolo, du comte Riccardo di Netro, de la duchesse Ravaschieri et de tant d'autres ?

Mais, ainsi que le remarquait sagement le professeur Fede, de Naples, dans sa leçon d'ouverture du cours de pédiatrique en 1887, les hôpitaux d'enfants, spéciaux pour les maladies médicales et aiguës, abstraction faite des sections établies dans les hôpitaux d'adultes, font défaut en Italie, comparativement aux autres nations.

(1) Voir *Gazette médicale*, 1891, nos 18, 19 20, 21 et 22.

(2) Nous donnons ci-dessus la traduction littérale d'une partie de la brochure du Dr Jacopo Perrando. C'est un aperçu général de l'hospitalisation infantile en Italie.

fluence qu'il devient assez fréquemment très difficile d'expliquer. Cependant quelques faits nouveaux sont venus éclairer plus vivement notre ignorance sur ces données, et nous montrer que ces particularités, qui semblaient inhérentes aux individus mêmes, sont peut-être le résultat de la transmission de propriétés acquises par des générations de cellules ou d'individus. Cette façon de voir semblera peut-être plus évidente encore, si, en étendant notre champ d'expérience d'une espèce animale à d'autres espèces, nous pouvons considérer la façon dont l'immunité se présente selon certaines espèces, certains ordres, ou même certaines classes d'animaux. Considérez, par exemple,la remarquable immunité de la poule et de la grenouille contre le charbon. A première vue, il semble impossible de comprendre pourquoi un animal aussi petit que la grenouille, ou même que la poule, est capable de résister à une affection qui est si rapidement mortelle pour des animaux aussi importants que le mouton, l'homme ou même le bœuf. Cependant, Pasteur, il y a un peu plus de douze ans, a reconnu que la différence de température des divers animaux était suffisante pour modifier et influencer le développement du parasite. Pour le prouver, il immerge une poule pendant deux jours dans de l'eau, abaissant ainsi la température à 28° C, et il montre qu'alors la poule est aussi susceptible au charbon que n'importe quel autre animal. Une expérience semblable a été faite par un autre observateur qui, en élevant la température de la grenouille, l'a rendue également apte à contracter le charbon. Il a donc été démontré que certaines conditions de température sont nécessaires pour que le bacillus anthracis atteigne son entière virulence. Ce que la température amène chez ces derniers animaux, des phénomènes chimiques particuliers à certains autres peuvent aussi en être l'origine; et cela est bien démontré par l'influence des milieux de culture variés sur le développement des micro-organismes. La présence de composés chimiques bien déterminés, même en fort petite quantité, a été démontrée par de nombreux savants comme pouvant, influencer dans une large mesure le mode de développement des bactéries. Il a bien été démontré que des bouillons provenant du tissu musculaire de plusieurs animaux, quoique dans ces bouillons l'on n'eût introduit aucune substance chimique définie ou active qui eût pu produire une diversité dans les résultats, donnent des milieux de culture plus ou moins favorables au développement de tel ou tel micro-organisme. Je signalerai dans ce sens, parmi de forts nombreuses expériences, les recherches récentes d'Hippolyte Martin sur le bacille de la tuberculose. Cet auteur trouve que, d'une façon générale les animaux peuvent être classés, quant à l'état favorable au développement du bacille tuberculeux dans les bouillons faits avec leurs tissus, dans le rang qui suit: hareng, huître, moule, singe, cheval, veau, lapin, oiseaux, chien, chat, rat. Il serait difficile, dans l'état actuel de nos connaissances, d'attribuer ces différences à l'existence d'un produit bien défini, car on ne peut douter qu'elles soient dues à des propriétés physico-chimiques quelconques. Nous pouvons donc constater l'évidence nette de différences marquées entre les animaux de différentes classes, ordres et espèces; et si nous admettons comme vraie la doctrine de l'évolution, il nous faut admettre aussi que de telles différences sont en grande partie le résultat des circonstances extérieures. Nous pouvons en inférer que les différences qui existent entre les animaux d'une même espèce, et aussi entre divers sexes, âges, races, famille, etc., sont le résultat d'influences analogues. Cependant, nous avons de meilleures preuves que celles-là pour démontrer que soit une extrême prédisposition, soit une immunité plus ou moins parfaite peuvent être acquises. Je pourrais aisément vous démontrer que c'est le développement graduel de cette connaissance qui a préparé les hommes à recevoir les découvertes de Pasteur et l'extension si grande que vient de leur donner Koch tout récemment.

1° *État réfractaire résultant d'une première atteinte de certaines fièvres.* — Il a été reconnu de bonne heure qu'après une première atteinte de plusieurs fièvres infectieuses, comme la variole, la rougeole, la fièvre typhoïde, etc., une seconde atteinte est rare. Ce fait semble avoir été observé plus spécialement pour la variole, ou, au moins, avoir conduit, à son sujet, à une application pratique contre ses effets. Nous savons que la pratique de communiquer artificiellement une première attaque de variole était d'antique usage en Afrique, en Perse, en Chine, et que la méthode d'inoculation a été importée de ce pays à Constantinople en 1673, puis de cette ville en Angleterre par lady Mary Wortley Montagu. L'idée évidente était de déterminer une légère attaque de la maladie chez des individus placés dans les meilleures conditions pour y résister, et cela dans le but de leur conférer l'immunité. Cette pratique, bien que sujette à fort sérieuses objections, doit avoir eu cependant un grand succès, et l'on y recourait large-

---

La construction principale est un somptueux bâtiment de l'an 1500, orné de fresques de Carlone; cette construction a été complètement transformée et adaptée à sa nouvelle destination.

On y trouve un rez-de-chaussée, un sous-sol, deux étages et des greniers.

Au rez-de-chaussée sont situées les salles pour les garçons.

En fait, nous n'avons que les hôpitaux de Rome, de Crémone, de Milan, de Livourne, celui de Maria-Vittoria, de Turin, récemment ouvert pour le traitement des maladies spéciales des femmes et des enfants, pour un temps *ad in tempo.*

L'idée d'élever l'hôpital de l'Enfant-Jésus, à Rome, fut suggérée par le comte de Bianchi à la duchesse Salviati, qui embrassant chaudement l'entreprise, l'inaugurait en 1869, dans une salle du Conservatoire des Saints Crescent et Crescentin. En attendant, on acquit une maison contiguë et l'on fit les installations nécessaires, et, en mars 1872, l'hôpital fut transporté dans son nouveau siège avec 60 lits, qui, par suite d'apports successifs, s'élèvent aujourd'hui à 140 lits. Actuellement il est sur le point d'être transféré dans le couvent de San Onofrio au Janicule, concédé par la municipalité romaine, et où déjà l'on travaille pour l'approprier à sa nouvelle destination et le rendre capable de contenir 200 lits: il atteindra ainsi le cinquième rang sur les 93 hôpitaux d'enfants, en Europe.

Les différents services sont remplis, dans cet hôpital, par un médecin et un chirurgien en chef avec 4 assistants, 12 filles de la charité et 19 infirmiers: la charité publique et privée, et surtout la libéralité de la fondatrice, pourvoient aux besoins financiers de cet asile, qui, en 1872, a eu un mouvement de 81 malades, contre 418, en 1887.

L'hôpital de Crémone, de pauvre et humble origine, s'élevant sur les dépouilles d'un asile pour les rachitiques, a été transformé, en 1887, en hôpital, recevant 156 enfants, dont 65 dans la section de médecine.

Je n'ai pu me procurer les informations sur l'hôpital de Milan, ni les renseignements pris au jour le jour, sur tout ce qui intéresse l'hôpital. On m'écrit qu'il n'a pas de local propre pour les enfants et qu'il n'est pas encore organisé sur règles fixes.

L'hôpital Lina, de Naples, enfin, est un hôpital chirurgical et ceux de Sainte Philomène et l'Oftalmia, de Turin, reçoivent des cas chirurgicaux chroniques et des maladies d'yeux spécialement.

Telle est, rapidement, la revue des hôpitaux italiens d'enfants qui, par leur nombre et leurs conditions, ne peuvent tenir la comparaison avec ceux de l'étranger. Où trouver, chez nous, des hôpitaux comme celui de Manchester, de Chartsow, de Leipsig et de Varsovie? Et nous ne les rappelons pas pour leur installation plus ou moins luxueuse, ni pour le

ment dans le milieu du dernier siècle. Une autre pratique, qui n'est point si rare que l'on pourrait croire au premier abord, se fait pour la maladie morbilleuse. Beaucoup de personnes pensent qu'à moins que les enfants aient eu toute la série des fièvres à exanthème, il est tout à fait désirable qu'il se présente une occasion où ils pourront contracter une atteinte légère du mal, et je connais telles circonstances dans lesquelles un enfant qui vivait avec beaucoup d'autres enfants, une fois atteint de rougeole, ne fut en aucune façon séparé des autres; car, disait-on, il était très profitable pour ses camarades de contracter aussi la maladie et cela d'aussi bonne heure que possible. Du moment qu'on agit ainsi sous l'empire d'un préjugé populaire, j'ai lieu de penser que cette pratique de provoquer une légère attaque de rougeole, dans un but préventif est loin d'être rarement mise en usage bien qu'elle ne soit pas précisément conseillée par les membres de notre profession. Boeck et Sperino ont introduit en 1854 la pratique de la syphilisation et ces auteurs déclarent nettement que cette méthode est non seulement prophylactique, mais aussi une méthode de thérapeutique. La production artificielle, légère, d'une certaine maladie dans le but de prévenir son retour, et même dans le but de modifier l'évolution d'une atteinte plus grave, a donc constitué une méthode suivie de bonne heure dans ce siècle en ce qui concerne au moins et la variole et la syphilis. (*A suivre.*)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

COMMENTAIRE DE LA NOUVELLE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Projet discuté et adopté par la Chambre des députés, dans ses séances des 17 *et* 19 *mars* 1891. (*Journal Officiel* des 18 et 20 mars 1891).

par le Dr F. DE RANSE
et A. LÉCHOPIÉ, avocat à la Cour de Paris.

(*Suite*) (1).

SYNDICATS MÉDICAUX

ARTICLE 18

A partir de la promulgation de la présente loi, les médecins jouiront du droit de se constituer en associations syndicales dans les conditions de la loi du 21 mars 1884.

Il y a longtemps que, dans la *Gazette*, nous avons soutenu que le droit de constituer des syndicats, créé par la loi du 21 mars 1884, devait profiter à tous ceux qui exercent des professions, car c'est, à notre sens, une loi sur la liberté d'association professionnelle (V. Léchopié et Floquet, *Code des médecins*, 1re édit., p. 102). Notre opinion était partagée par toute la doctrine, mais les tribunaux qui, trop souvent, font preuve d'esprit étroit, avaient cru devoir méconnaître le droit de se syndiquer, à ceux qui exercent des professions libérales et particulièrement aux médecins (V. en ce dernier sens: jugement du tribunal de Domfront du 6 décembre 1884 confirmé par arrêt de la cour de Caen du 4 février 1885, et sur pourvoi: arrêt de rejet de la cour de cassation du 27 juin 1885, aff. du syndicat médical de la région sud-ouest de l'Orne. — V. cependant Contrà: jugement du tribunal correctionnel de la Seine, du 10 mars 1890, infirmé par arrêt de la cour de Paris, du 4 juillet 1890. aff. Cadot, *Loi* des 10-11 mars et 11 oct. 1890). Il est évident cependant que ceux dont la libre association, sans formalités compliquées ni autorisation d'aucune sorte, peut présenter le moins de danger pour l'ordre public, sont précisément les hommes instruits et éclairés auxquels la jurisprudence voulait refuser ce droit, pour le reconnaître, au contraire, sans conteste, aux ouvriers et aux commerçants.

Nous trouvons donc très bon de permettre aux médecins de se constituer en syndicats, mais en regrettant une loi faite pour eux seuls. Il y a grand inconvénient à ne pas procéder à une réforme d'ensemble de notre législation, et à faire ainsi des lois, presque pour chaque cas particulier, ou pour des catégories de citoyens. Quelle bizarrerie en effet de reconnaître ou accorder aux médecins un droit que la jurisprudence pourra continuer à refuser aux autres professions libérales. Les architectes, les professeurs par exemple, ne sont-ils pas aussi dignes de sollicitude, à cet égard, que ceux qui exercent la médecine? Donner un droit aux uns, en priver les autres, c'est établir un véritable privilège, chose toujours surprenante et regrettable, dans une démocratie! En outre, l'article 18, à l'encontre de ceux qui le précèdent, ne parlant que des médecins, est-ce une expression générique désignant quiconque cultive l'art de guérir, ou faut-il en conclure à l'exclusion des sages-femmes et dentistes?

Quant aux pharmaciens leur droit à se syndiquer a été au

(1) Voir les numéros 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 et 21.

---

l'une de douze lits pour la médecine, l'autre de six lits pour la chirurgie. Les dépendances de ces salles sont très convenablement disposées.

Le premier étage est occupé par les petites filles qui sont réparties dans des salles tout à fait similaires à celles du rez-de chaussée.

Dans le voisinage est aménagée la salle d'opérations.

Au deuxième étage sont logées les sœurs; les cuisines sont au sous-sol.

La plupart des fenêtres des infirmeries sont orientées vers le sud.

Chaque lit dispose d'un cubage d'air moyen de 45 mètres cubes.

La superficie éclairante par rapport aux parois latérales mortes, est dans la proposition de 1 à 9,3.

Au nord-ouest de cette construction s'élève un pavillon d'isolement à deux étages pouvant contenir six lits. Une pièce tout à fait séparée est réservée aux maladies douteuses.

On ne reçoit dans cet hôpital, ni les maladies chroniques et incurables, ni les maladies contagieuses, néanmoins les plus sages précautions sont prises pour le cas où des enfants porteurs de germes contagieux seraient accidentellement introduits.

Au nord-est, le bâtiment de l'Administration, avec un logement pour le médecin chargé du service de nuit.

La salle des morts est dans un endroit écarté.

Relevons quelques détails dans l'aménagement intérieur de cet établissement.

Le pavage est entièrement fait à la vénitienne, ce qui permet de désinfecter et de rendre impossible la filtration des liquides. Jusqu'à une hauteur de 2 mètres environ, les parois des infirmeries sont revêtues d'une couche de vernis imperméable.

Près des lits, en fer verni lisse, sont des tables de nuit dans lesquelles le compartiment qui renferme le vase, est fermé en haut

type de leur construction, mais pour leur affectation spéciale qui les rapproche du nôtre.

Gênes, où avec tant d'émulation, patriciens et bourgeois prodiguent des trésors pour l'érection des grandes œuvres de bienfaisance, manque encore de son hôpital d'enfants.

Il y a un institut florissant pour les rachitiques: et dans les grandes maisons hospitalières (nosocomes) de Pommatone et des Cronici, existent des sections pour le traitement des enfants.

contraire reconnu par la jurisprudence, parce qu'elle les considère non comme exerçant des professions libérales, mais comme de véritables commerçants (Cour de Paris, ch. corr., 20 janvier 1866 et Cour de Bordeaux, 25 novembre 1886, D. 87-5-430).

Il faut ajouter qu'on doit se garder, malgré une certaine similitude, de confondre, comme l'a fait M. Chevandier dans son rapport, les syndicats, avec les anciennes corporations ou les confréries subsistantes des avocats, avoués, notaires, huissiers, agents de change, etc... Celles-ci représentent, en quelque sorte, l'ancien régime et celles-là le nouveau. Les anciennes sont fermées, et régies par des statuts légaux, les nouvelles sont libres et accessibles à tous ceux qui exercent la même profession et qui d'ailleurs demeurent libres de s'affilier ou non, de se grouper et régir comme ils l'entendent. Malgré une similitude apparente, c'est donc le jour et la nuit. Il est vrai que, dans le corps médical, quelques-uns ont agité la question de savoir s'il ne convenait pas de créer un ordre des médecins, à l'instar du barreau; mais ce n'est évidemment pas ce qu'a fait l'article 18.

Bien que l'existence légale des syndicats de médecins fût contestée par les tribunaux; ils n'ont jamais, pour cela, cessé de fonctionner en fait. Il y en avait plus de deux cents en France, et c'est à eux que s'adressait le ministre de la justice, M. Thévenet, pour avoir leur opinion sur le relèvement du tarif de 1811.

MÉDECINS EXPERTS

RÉQUISITION. — RÉVISION DU TARIF DE 1811.

ARTICLE 19.

Les fonctions de médecins et chirurgiens experts près les tribunaux, ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine français ou naturalisés français.

Un règlement d'administration publique revisera les tarifs du décret du 18 juin 1811 en ce qui touche les honoraires et vacations des médecins, chirurgiens, sages-femmes, experts et interprètes, les frais de transport et de séjour et la qualité d'experts qu'ils doivent conserver devant les tribunaux.

Médecins experts. — Voici donc les chirurgiens qui apparaissent, pour la première fois, dans la nouvelle loi qui n'en avait encore dit qu'un mot à l'article 13, pour décréter la suppression du doctorat en chirurgie (Voir, à ce sujet, nos observations sous les articles 1er et 13.) Y a-t-il donc toujours une distinction légale à faire entre les médecins et les chirurgiens, ou le texte n'a-t-il fait que reproduire ici les expressions de la législation antérieure?

L'article 27 de la loi de ventôse portait déjà: « *Les fonctions de médecins et chirurgiens jurés appelés par les tribunaux, celles de médecins et chirurgiens en chef dans les hospices civils, ou chargés par des autorités administratives de divers objets de salubrité publique, ne pourront être remplies que par des médecins et des chirurgiens reçus suivant les formes anciennes ou par des docteurs reçus suivant celles de la présente loi.* »

On pourrait dire que l'article 19 ne vient rien changer à l'ancien état de choses, si l'article 44 du Code d'Instruction criminelle, postérieur à la loi de ventôse, n'avait amené à conclure que les officiers de santé pouvaient être employés par la justice, à l'égal des docteurs. Cet article 44 est, en effet, ainsi rédigé: « *S'il s'agit d'une mort violente, ou d'une mort dont la cause soit inconnue ou suspecte, le procureur de la République se fera assister d'un ou de deux officiers de santé qui feront leur rapport sur les causes de la mort et sur l'état du cadavre. — Les personnes appelées dans le cas du présent article.... prêteront, devant le procureur de la République, le serment de faire leur rapport et de donner leur avis en leur honneur et conscience.* » Tandis que les uns déniaient aux officiers de santé le droit de faire tous rapports ou expertises, considérant ainsi l'article 44 comme lettre morte, ce qu'il était assez impossible d'admettre, d'autres leur reconnaissaient soit un droit égal à celui des docteurs, soit seulement le droit de procéder aux premières constatations, par exemple dans les cas d'urgence et de flagrant délit que semble plus particulièrement viser l'article 44, réservant aux docteurs les fonctions de médecins et chirurgiens jurés appelés par les tribunaux (Boitard, *Leçons sur le Code d'Instruction criminelle*, p. 311; Lechopié et Floquet, *Code des médecins*, 1re édit., p. 69.) La nouvelle loi ne dit pas si elle entend remplacer purement et simplement, dans l'article 44, les mots « officiers de santé » par les mots « docteurs » et s'il subsiste encore une distinction à établir entre les premières constatations, et les fonctions de médecins et chirurgiens experts près les tribunaux proprement dites. Elle ne nous dit pas non plus si les tribunaux auront la faculté d'employer comme experts les dentistes, pour ce qui concerne leur spécialité. Quant aux sages-femmes, nous croyons que les termes de l'article 19 les obligeront de céder le pas aux doc-

---

et en bas par une lame de verre. Les parois latérales sont des plaques métalliques à jour pour faciliter la désinfection.

On a placé dans le pavillon d'isolement quelques lits à rebords en fils de fer, dont le montant latéral est mobile, d'après le système adopté par Ranchfuss à l'hôpital du prince Pierre d'Oldenbourg, à Saint-Pétersbourg.

Le chauffage se fait à la vapeur.

Les bains sont installés à chaque étage, les baignoires sont transportables. Les chaises percées et les urinoirs sont à fermeture d'eau et à système automatique.

Le Conseil d'administration est commun pour tous les établissements fondés par la duchesse, c'est-à-dire pour l'hôpital infantile et pour les nosocomes de Saint-André et de Saint-Raphaël. La rente annuelle de ces maisons est de 500,000 francs.

Le personnel sanitaire se compose d'un médecin et d'un chirurgien en chef et de deux assistants; ces derniers, concurremment avec les assistants de Saint-André, font en outre le service de garde.

L'inépuisable charité de la donatrice a songé à doter l'hôpital d'une section d'ambulatorium, dans laquelle on délivrera gratuitement les remèdes. Les traitements orthopédique, gymnastique et hydrothérapique seront également prescrits et délivrés.

Mais cet ambulatorium (dispensaire) n'a pas encore fonctionné. Le Dr Perrando en souhaitant que son inauguration soit prochaine, fait le plus grand éloge des dispensaires pour enfants dans les petits hôpitaux.

Il cite l'opinion si autorisée de Ranchfuss qui préconise des consultations externes dans la médecine de l'enfance. Nous sommes heureux d'être d'accord avec des hommes aussi éminents et aussi compétents en pédiatrie.

Pour nous, l'avenir de l'hospitalisation infantile est dans ces petits hôpitaux-dispensaires pour enfants non contagieux.

Puissions-nous, par nos observations recueillies à l'étranger, par nos efforts réitérés, contribuer à implanter cette innovation hospitalière dans la grande cité de Paris. L'hôpital des Enfants-Malades et l'hôpital Trousseau seront ainsi graduellement décentralisés et convertis en *Infectious Hospitals* pour enfants (1).

(1) Voir notre rapport, publié en 1890, sur l'hospitalisation des enfants à Londres et les hôpitaux-dispensaires.

teurs, tout comme les officiers de santé (V. Léchopié et Floquet, *Code des médecins*, p. 156.) (1)

Si, comme on l'a vu sous l'article 10, la qualité de Français n'est pas nécessaire pour exercer la médecine en France, du moment qu'on y a conquis son grade, dorénavant les médecins employés comme experts pas les tribunaux devront avoir cette qualité. On jugeait le contraire auparavant (Cassation, 2 mars 1827; 16 décembre 1847, D. 47-1-328; les auteurs se prononçaient généralement dans le même sens.)

M. Isambard avait également proposé que les fonctions publiques médicales ne pussent jamais être confiées qu'à des docteurs français ou naturalisés. Sur la déclaration du gouvernement qu'en fait il en était ainsi, il retira son amendement.

Revision du tarif de 1811. — Le second paragraphe de l'article 19 a trait à la revision du tarif de 1811 si vivement réclamée depuis longtemps, en raison de ses allocations véritablement dérisoires et que tout le monde connaît.

Bien que cette disposition figure dans un article concernant les médecins experts, il faut dire que le tarif de 1811 n'était pas relatif spécialement et uniquement aux experts, mais était applicable surtout aux cas de réquisition des hommes de l'art par la justice, particulièrement en matière pénale. Aussi, en ce même endroit, M. Chevandier avait-il proposé de régler également le droit de réquisition. Voici comment, à ce sujet, s'explique son rapport : « Cette question, dès longtemps à l'ordre du jour, est passée à l'état aigu depuis l'incident des médecins de Rodez et, plus encore, depuis l'interpellation de M. Lacombe au Sénat, dans sa séance du 9 décembre 1889. A défaut de solution, les incidents de cet ordre ne tarderont pas à se reproduire. Qui ne voit à quel point le cours de la justice peut être interrompu ? et, le voyant, comment se fait-il qu'on se refuse à aborder franchement cette question d'ordre public et à la résoudre ?

« Elle se compose de deux éléments : 1° le relèvement des tarifs de 1811 ; 2° la fixation des devoirs des médecins.

« Relever les tarifs, tout le monde est d'accord sur ce point. Cela fait, la solution devient plus facile.

« Tandis que les commissions des Chambres antérieures proposaient de trancher la deuxième question, M. Brouardel, dont le nom fait autorité, croit que sa place naturelle est dans la proposition portant revision du Code d'instruction criminelle et conseille de renvoyer à la commission l'article y relatif.

« Après une assez longue hésitation, ce renvoi a été décidé. Mais votre commission a accepté d'ajouter à l'article du projet du gouvernement, qui confie les fonctions d'experts près les tribunaux aux seuls docteurs en médecine, un paragraphe prescrivant la revision des tarifs du décret du 18 juin 1811 par un règlement d'administration publique. »

Hâtons-nous d'ajouter que, sur la proposition de M. F. Grousset, la Chambre, malgré une vive opposition du rapporteur et surtout du commissaire du gouvernement, et après un long débat, a voté ensuite, à une énorme majorité, l'article 30 ainsi conçu : « TOUT DOCTEUR EN MÉDECINE EST TENU DE DÉFÉRER AUX RÉQUISITIONS DE LA JUSTICE, SOUS LES PEINES PORTÉES A L'ARTICLE 29. » Voici donc toute cette belle et héroïque résistance du corps médical, sur ce point, qui aboutit, comme nous l'avions toujours prévu, à une sanction plus rigoureuse, puisque l'art. 475, § 12, du Code pénal ne prononçait qu'une amende de 6 à 10 fr., que remplace une amende de 100 à 500 francs pour la première fois et l'emprisonnement en cas de récidive. Nous commenterons d'ailleurs cet article 30 à sa place et rechercherons, notamment, s'il ne concerne que les seuls docteurs, et devra s'appliquer dans tous les cas prévus par l'article 475 du Code pénal, c'est-à-dire dans les cas de flagrant délit ou calamité publique, que la réquisition ait lieu à la requête de la justice seulement, ou de toute autre autorité compétente.

Il est présumable que le règlement d'administration publique à intervenir n'établira pas les honoraires des experts en matière civile ordinaire, bien que l'on puisse admettre cependant que le législateur a entendu interdire aux tribunaux, par le paragraphe 1er de l'article 19, de jamais commettre des officiers de santé en aucune matière.

On remarquera que le second paragraphe de l'article 19, à la différence du premier, parle non seulement des médecins et chirurgiens, mais aussi des sages-femmes, qui ne paraissent plus pouvoir être choisies comme experts. Quant aux dentistes, on continue à n'en rien dire. Mais comme il est aussi question des interprètes, il en faut conclure que la commission qui a proposé d'ajouter ce paragraphe s'est bornée, sans bien comprendre ce qu'elle faisait, à copier purement et simplement l'article 16 du décret de 1811, qui ne concerne pas uniquement les médecins et qui, de plus, on l'a déjà vu, vise non seulement les expertises, mais aussi et surtout les divers cas de réquisition dont les sages-femmes, dentistes et officiers de santé peuvent être l'objet tout autant que les docteurs.

Que peuvent bien signifier ces expressions singulières et obscures qui terminent le même paragraphe : « La qualité d'experts qu'ils doivent conserver devant les tribunaux. » L'explication suivante en est donnée dans le rapport de M. Chevandier : « L'article 25 du décret de 1811 consacre cette singulière anomalie que, commis par une ordonnance du juge, le médecin est un expert ; que si l'affaire vient devant un tribunal ou une cour d'assises, le médecin perd sa qualité d'expert ; il n'est plus qu'un témoin, et cela au moment où il développe les motifs sur lequels reposent les conclusions de son rapport. » Sauf que la taxe des témoins était moins élevée que celle des experts, ce à quoi le futur règlement pourra d'ailleurs remédier, on ne perçoit pas facilement la portée pratique du membre de phrase qui termine l'article 19.

(*A suivre.*)

(1) Quant aux fonctions des médecins et chirurgiens des hôpitaux qui ne pouvaient également être confiées qu'à des docteurs, aux termes formels de l'article 27 de la loi de ventôse, l'article 19 de la nouvelle loi reste muet, alors que son article 33 abroge cependant toute la loi de ventôse. Le projet du gouvernement n'avait pas manqué, au contraire, de reproduire cette disposition. Certes, plus que jamais, on ne prendra que des docteurs, mais il eût été préférable de le dire.

REVUE DES JOURNAUX

DIPHTÉRIE

I. — COMPLICATIONS RARES DE LA DIPHTÉRIE, par le Dr HAHN. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 21, p. 697.)

II. — SUR LES PARALYSIES DIPHTÉRITIQUES, par le Dr H. HOCHHAUS. (*Virchow's Archiv*, t. CXXIV, fasc. 2, p. 226, 1891.)

III. — UN CAS DE DIPHTÉRIE COMPLIQUÉE D'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE, par le Dr GRIGORASH. (*St-Pétersburg. medic. Wochenschrift*, 1890, n° 52.)

IV. — SUR LE POISON DIPHTÉRITIQUE ET SUR SON MÉCANISME D'ACTION, par le professeur OERTEL. (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1891, n° 45, p. 985.)

I. Schwalbe s'occupe de deux complications de la diphtérie, relativement rares, l'une surtout, et que l'on trouve passées sous silence dans bon nombre de manuels traitant des mani-

festations secondaires de la diphtérie; il s'agit des hémorrhagies secondaires, et du pneumothorax compliqué d'emphysème sous-cutané généralisé.

Pour ce qui est d'abord des hémorrhagies survenant dans le décours de la diphtérie, elles reconnaissent des causes et des origines variables, qu'il n'est pas toujours facile d'élucider. Cela s'applique notamment aux hémorrhagies foudroyantes, en connexité avec une infiltration gangréneuse ou diphtéritique de la plaie consécutive à une trachéotomie. On admet communément qu'en pareilles circonstances le sang tire son origine des granulations de la plaie, en état de dégénérescence. Une observation relatée par M. Schwalbe montre qu'il n'en est pas toujours ainsi, de même que des faits empruntés à d'autres auteurs prouvent que souvent l'hémorrhagie a eu son origine dans l'érosion d'un vaisseau avoisinant la plaie et envahi par l'inflammation gangréneuse.

L'observation de M. Schwalbe concerne un garçon âgé de 2 ans et 3 mois lorsqu'il fut admis à l'hôpital (11 août 1890) pour une diphtérie du pharynx et du larynx.

Le 18. On lui fit la trachéotomie inférieure. La température interne marquait 39°,5.

Le 21. La fièvre était tombée, l'urine était fortement albumineuse. Infiltration de la plaie de la trachéotomie et de son pourtour; engorgement des ganglions sous-maxillaires. L'état général était satisfaisant.

Le 22. L'infiltration du cou avait fait des progrès; à son niveau la peau présentait une teinte bleuâtre. L'urine était encore plus albumineuse.

Le 25. La tuméfaction du cou avait sensiblement diminué. Le malade avait expectoré du sang noirâtre, en partie liquide, en partie coagulé. Dans l'idée qu'il s'était formé une ulcération par compression, on retire la canule. Dans la soirée, dyspnée, qui se dissipe après enlèvement de caillots de sang qui obstruaient la plaie trachéale. Les hémorrhagies se reproduisent pendant les deux jours qui suivent, et l'enfant succombe à l'apnée.

A l'autopsie on découvrit, indépendamment des lésions diphthéritiques, de l'atélectasie du lobe pulmonaire inférieur de chaque côté, un engorgement de la rate, une néphrite parenchymateuse. Pas d'ulcération de la trachée, pas de vaisseau entamé dans le cou. Les grosses bronches étaient obstruées par des caillots de sang.

L'hémorrhagie avait eu évidemment sa source dans la plaie de la trachéotomie, et, en effet, pendant le jour qui précéda sa mort l'enfant ne toussait plus qu'après que le sang venant de sa plaie se fut écoulé dans la trachée. Ce genre d'hémorrhagie paraît être rare, car il n'a été noté que 3 fois sur 2.500 cas de diphtérie, survenus à l'hôpital de Frederichshain.

D'autre part Jenny (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1888, t. XXVII, fasc. 5 et 6, p. 377) a publié 3 cas où il a été possible, au prix de grandes difficultés, de découvrir les vaisseaux saignants et de sauver la vie aux intéressés; dans 3 autres cas, l'hémorrhagie « artérielle » a entraîné la terminaison fatale.

Maass, assistant du prof. Rose, de Zurich, a rendu compte (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1890, t. XXXI, fasc. 3 et 4, p. 317) des résultats constatés à l'autopsie de 7 enfants morts d'une hémorrhagie survenue dans le cours de la diphtérie. Dans les 7 cas on a découvert des ulcérations très nettes de vaisseaux artériels volumineux, à savoir : de l'artère innominée (3 fois), de l'artère carotide droite (2 fois), de la veine innominée gauche (1 fois) et de la veine jugulaire commune (1 fois). Ces lésions ulcéreuses reconnaissaient des causes variées. Dans 4 cas (artère innominée et veine jugulaire) la perforation du vaisseau était consécutive à une nécrose par compression, celle-ci ayant été exercée par la canule. Dans un cas, l'hémorrhagie était due à l'érosion du vaisseau par propagation directe de l'infiltration diphtéritique.

En somme la cause qui intervient le plus souvent dans la production des hémorrhagies graves de la diphtérie consiste dans l'élimination de fausses membranes croupales situées dans la profondeur des voies respiratoires. L'auteur en cite un exemple, survenu récemment dans le service de M. Hahn. Il s'agit d'un enfant âgé de 3 ans et 9 mois, admis à l'hôpital le 7 septembre 1890, pour une diphtérie du pharynx et du larynx. On lui fit la trachéotomie inférieure, le jour même de l'entrée à l'hôpital : amélioration immédiate. Le 12 septembre, l'enfant couché dans son lit perdit subitement une énorme quantité de sang par la trachée. On appliqua sur les lèvres de la plaie des pinces de Péan, sans résultat. Puis on prolongea la plaie jusqu'au bord supérieur du sternum. On saisit l'enfant par les pieds, pour le soulever et le secouer. Un lambeau de fausses membranes, qui se présenta au niveau de la plaie, fut saisi et attiré au dehors. On réussit ainsi à extraire un véritable moulage des ramifications de la trachée. Après quelques mouvements de respiration artificielle l'enfant, qui avait cessé de respirer, se ranima. Il s'est rétabli.

Passant ensuite en revue les autres origines que peuvent avoir les hémorrhagies survenant dans le cours de la diphtérie, l'auteur distingue finalement les catégories suivantes :

A. — *Hémorrhagies externes* : 1° consécutives à une gangrène du nez ou du pharynx; 2° consécutives à l'envahissement de la plaie de la trachéotomie par le processus diphtéritique et la nécrose qui s'en est suivi; 3° consécutives à la rupture d'un vaisseau au voisinage de la plaie, rupture de cause ignorée; 4° consécutives à une rupture vasculaire par propagation d'une ulcération en rapport avec la compression exercée par la canule.

B. *Hémorrhagies internes*, à la surface de la muqueuse trachéale ou bronchique : 1° consécutives à une ulcération occasionnée par la canule; 2° consécutives à l'élimination d'une fausse membrane avec hyperémie pulmonaire concomitante; 3° consécutives à une simple hyperémie pulmonaire (à la suite d'une bronchite fibrineuse?)

— L'auteur a relaté ensuite un cas de *diphtérie compliquée d'emphysème sous-cutané généralisé et de pneumothorax*, cas terminé par la guérison, ce qui ajoute encore à l'intérêt de ce fait clinique.

II.—Les recherches faites par M. Hochhans, dans quatre cas de paralysie diphtéritique, l'ont amené à conclure que ces sortes de paralysies s'accompagnent d'une inflammation très prononcée des muscles atteints. Cette inflammation se localise surtout dans le tissu interstitiel des muscles, mais elle s'attaque également aux fibres contractiles. Il existe aussi un certain degré d'inflammation interstitielle des nerfs, peu prononcée d'ailleurs.

Ces résultats contrastent avec l'idée qu'on se faisait jusqu'ici de la nature anatomo-pathologique des paralysies diphtéritiques. La cause de ces paralysies, on croyait l'avoir trouvée dans des lésions inflammatoires de la moelle ou des nerfs périphériques. Après les recherches faites dans le cours de ces dix dernières années, c'est surtout la névrite qu'on avait incriminée, et lorsqu'on rencontrait des altérations musculaires concomitantes, on considérait ces altérations comme une conséquence de la névrite. Cependant, déjà Leyden (*Zeitschrift für Klin Medicin*, 1882, t. IV), avait montré que les accidents de paralysie cardiaque, qui surviennent dans le cours de la

diphtérie, sont souvent en rapport avec une altération primitive du myocarde, avec une myocardite interstitielle. L'auteur croit avoir fourni la preuve qu'il en est de même pour les autres variétés de paralysie diphtéritique.

III. — Un enfant de 4 ans était depuis quatre jours atteint d'une diphtérie grave; le médecin prescrivit des frictions mercurielles à faire sur la région des ganglions engorgés. La personne, chargée de mettre ce traitement en pratique, venait précisément de faire des frictions mercurielles à une malade atteinte d'un érysipèle de la face, et elle avait négligé de se laver les mains. Une demi-heure après que l'enfant eût été frictionné à son tour, se développa chez lui un érysipèle de la face, qui envahit la joue, l'oreille droite, la nuque et la partie avoisinante du cuir chevelu. Le médecin revit le malade cinq heures plus tard; une amélioration considérable s'était produite dans l'état de l'arrière-gorge; les fausses membranes avaient disparu et la muqueuse ulcérée était couverte de granulations.

Le lendemain, cinquième jour, l'érysipèle était en décroissance; le sixième jour la fièvre tomba, et le treizième jour l'enfant était complètement guéri.

Cette observation est pour le moins singulière, eu égard à la rapidité avec laquelle l'érysipèle s'est développé par voie d'inoculation, et avec laquelle elle a influencé le processus diphtéritique.

IV. — Le professeur Œrtel estime que la thérapeutique de la diphtérie doit trouver une base scientifique dans les découvertes bactériologiques concernant l'étiologie de cette maladie. Il rappelle ce que nous savons aujourd'hui des germes présumés de la diphtérie, pour rendre compte ensuite de ses expériences personnelles. Ayant inoculé à des animaux dans le tissu musculaire, des fausses membranes diphtéritiques, Œrtel a vu les animaux succomber dans l'espace de trente ou quarante heures; les lésions constatées à l'autopsie consistaient dans une inflammation hémorrhagique des muscles, dans des infiltrations des viscères par des cellules arrondies, et dans des hémorrhagies des séreuses. Or, il a été impossible de retrouver les bacilles de la diphtérie dans les tissus et les organes des animaux en expérience. Œrtel conclut de là que dans les cas d'infection diphtéritique généralisée, le virus n'est pas fabriqué dans les tissus et les organes par les bactéries pathogènes, qu'il vient du dehors, et qu'une fois parvenu dans l'organisme, il se reproduit sans doute par voie de fermentation, par dédoublement et par métamorphose de certaines combinaisons organiques.

D'après Œrtel, le poison diphtéritique produit toujours des effets équivalents, et il n'y a pas lieu de distinguer une infection locale et une infection généralisée. Les manifestations de l'empoisonnement diphtéritique varient suivant la quantité et suivant l'intensité du poison dont s'imprègne l'organisme, suivant le siège et la structure des organes atteints. Partout le premier effet du poison consiste dans la mortification des cellules. Le second effet consiste dans une formation de matière hyaline aux dépens des cellules, du tissu conjonctif et de la substance musculaire. Là où l'action du poison diphtéritique ne se produit que d'une manière incomplète, on observe des réactions inflammatoires. Dans les tissus superficiels cette réaction est consécutive à l'émigration des leucocytes dans les épithéliums, et à l'intoxication de ces éléments leucocytaires. Le virus produit des effets analogues dans la profondeur. Quand un foyer de mortification se trouve situé au voisinage d'un épithélium, son contenu se déverse à la surface de la muqueuse, en donnant lieu à une fausse membrane. Le retour du tissu à l'état sain est dû à l'élimination des derniers résidus du foyer nécrobiotique, et à une exsudation de lymphe fibrinogène.

Quand le virus est transporté dans les parties profondes (muqueuse et couche sous-muqueuse), par les cellules en suspension dans les humeurs, il engendre des foyers nécrobiotiques, qui fusionnent avec les foyers superficiels, infiltrant de part en part les amygdales, la luette, le voile du palais. Comme dans ces fausses membranes, notamment dans celles de la trachée et des bronches, il ne se développe pas de bacilles spécifiques, le virus, par suite des modifications chimiques qui se passent dans les tissus, perd rapidement son activité pathogène.

Dans les ganglions cervicaux et bronchiques, le virus produit les mêmes altérations nécrosiques que dans l'épithélium et dans la muqueuse de l'arrière-gorge. De même, dans la rate, dans l'estomac, dans l'intestin, dans les ganglions mésentériques. Quand la diphtérie avait suivi une marche aiguë, les poumons, le cœur, le foie, les reins ne présentaient pas ces altérations caractéristiques; ils étaient simplement le siège de foyers inflammatoires, hémorrhagiques, et d'amas de cellules arrondies. Par suite de la pénétration du virus dans le torrent circulatoire, les vaisseaux s'étaient altérés, d'où des hémorrhagies, qui sont surtout caractéristiques au niveau des séreuses, plèvres, péricarde, péritoine, revêtement séreux du foie, etc.

Œrtel constate que ses prévisions relativement à la nature organique du poison diphtéritique ont été confirmées par les recherches de Loefler, de Roux et Yersin, de Brieger. Il rappelle que Roux et Yersin, se basant sur la découverte de ce poison diphtéritique, ont proposé un traitement, qui consiste surtout dans l'emploi de l'acide phénique. Œrtel est partisan de la médication phéniquée, seulement il administre de préférence l'acide phénique sous forme d'inhalations (solution à 5 0/0, inhalations répétées toutes les heures ou toutes les deux heures); en procédant de la sorte, on réussit à imprégner par l'acide phénique et à désinfecter toute la bouche, y compris les fausses membranes et les colonies de bacilles spécifiques, ces dernières se rencontrant à la surface de régions des muqueuses, saines en apparence.

E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

MALADIES DU FOIE

I. — ÉTUDES CLINIQUES ET ANATOMOPATHOLOGIQUES SUR LE FOIE CARDIAQUE, par EM. PARMENTIER. (G. Steinheil, 1890. — Thèse de doctorat.

I. — Les lésions hépatiques des cardiopathies sont surtout fréquentes lorsque celles-ci sont des cardiopathies primitives, mais parmi celles-ci encore, les mitraux tiennent le premier rang, et le retentissement sur le foie commence du jour où la valvule tricuspide est insuffisante. Les aortiques en asystolie ne sont pas égaux devant la complication hépatique, le foie peut d'ailleurs être atteint à différents degrés qui ne correspondent pas aux lésions concomitantes des reins ou du poumon; il en est de même chez les mitraux, chez qui la lésion hépatique peut donner la note dominante dans le tableau morbide, le mitral à type hépatique peut être dès lors opposé au mitral à type pulmonaire ou rénal.

Quelle est la cause de cette prédilection, dans certains cas,

du retentissement cardiaque sur le foie? Chez certains sujets une obliquité plus grande du mode d'abouchement des veines sus-hépatiques pourrait être invoqué, permettant à celles-ci de recevoir plus directement l'ondée sanguine en retour, mais nous savons que les phénomènes asystoliques, en clinique, ne sont pas absolument assujettis aux lois de l'hydraulique et force est de chercher ailleurs.

Mathieu a déjà signalé que les alcooliques font plus facilement que les autres de l'asystolie, et de l'asystolie hépatique. L'impaludisme, la lithiase biliaire peuvent jouer le même rôle occasionnel.

Dans les cardiopathies tardives (dégénérescence, sclérose), le foie n'est touché qu'à son temps, il en est de même dans les cardiopathies liées aux affections rénales, ou aux affections pulmonaires.

Mais les maladies du foie peuvent à leur tour réagir sur le cœur, et parmi elles, la cirrhose biliaire tient le premier rang. Les troubles cardiaques qu'elles provoquent sont superficiels, et n'entraînent pas en retour de complications organiques du foie.

En résumé, les cardiopathies primitives seules donnent lieu au vrai foie cardiaque avec sclérose des veines sus-hépatiques; les cardiopathies secondaires ou tardives ne produisent guère que des foies muscades simples, il n'y a prolifération conjonctive que s'il y a artériosclérose, et alors elle siége dans les espaces portes.

Chez les animaux, chez lesquels on a déterminé des lésions valvulaires expérimentales, on n'a noté que de la distension congestive des veines hépatiques, sans trace de sclérose.

— Le premier stade du foie cardiaque est représenté par la congestion hépatique (*foie muscade mou*). Le foie est gros, sa forme peu altérée, bien que souvent le lobe droit se développe plus que le gauche; sa consistance est d'autant plus forte que la congestion est plus vive. Sur une coupe, les lobules apparaissent comme des îlots à centre brun, à périphérie plus pâle.

Cet aspect est général ou localisé, dans un lobe ou sous la capsule de préférence. Dans certains cas, la partie brune, qui représente la veine centrale, a empiété sur tout le lobule; c'est l'apoplexie hépatique. Celle-ci peut être limitée ou comprendre toute une zone, de préférence sous-capsulaire.

La cirrhose cardiaque (*foie muscade dur*) est variable d'aspect et de volume. La surface peut être unie, ou sillonnée de bandes scléreuses superficielles; ou granulée, les granulations variant du volume d'un pois à une tête d'épingle. Le foie crie à la coupe, la section montre des travées scléreuses, ou de véritables anneaux fibreux renfermant les îlots hépatiques. La sclérose frappe de préférence un des grands lobes, respectant le lobe carré ou de Spigel, elle atteint surtout les bords qui sont irréguliers. On conçoit dès lors qu'un des lobes hépatiques soit atrophié l'autre restant hypertrophié et congestionné.

Les veines sus-hépatiques, dans tous les cas, sont très dilatées, il en est de même de celles de l'estomac et de l'intestin. Mais ici encore la lésion n'est pas uniforme partout, et c'est à l'estomac qu'elle prédomine.

La rate est normale : on constate de l'ascite, avec extravasation sanguine dans le pancréas, le mésentère, l'épiploon et les glandes mésentériques. Le péritoine dépoli montre des points ecchymotiques, il est épaissi au niveau du foie. La vésicule est saine, quelquefois ses parois sont œdématiées.

— Les lésions microscopiques du stade congestif consistent en une *ectasie capillaire* énorme, périsushépatique, atteignant parfois le squelette conjonctif du lobule; ceci s'observe surtout sous la capsule : elle a pour effet une *atrophie trabéculaire* proportionnelle. Les cellules aplaties s'atrophient et le noyau disparaît, sans avoir présenté de figures karyokynétiques. Les cellules présentent quelquefois des granulations graisseuses, mais c'est l'infiltration pigmentaire qui domine : pigment biliaire, vert; ou sanguin, brun, dont l'importance est prédominante.

L'ectasie capillaire peut aboutir à l'*apoplexie hépatique* en foyers multiples, arrondis, dont les parois, formées de trabécules hépatiques refoulés, sont fortement pigmentés en brun.

— La cirrhose hépatique cardiaque débute par l'épaississement des veines sus-hépatiques grosses et petites, sans infiltration leucocytique, accompagnée d'un épaississement fibroïde des capillaires, reconnaissant pour origine une péricapillarite, qui ne s'accompagne pas non plus d'infiltration leucocytique. Plus tard ces foyers de sclérose prennent une apparence radiée qui lui a fait donner le nom de *sclérose pénicillée* (en pinceau). L'épaississement des parois des capillaires aboutit, par fusion des parois voisines, à former des plaques scléreuses et des bandes fibreuses, qui, allant d'un territoire sus-hépatique à l'autre, à l'encontre l'une de l'autre, finissent par s'unir en un véritable annean.

Cet anneau, qui passe par un nombre plus ou moins grand de veines sus-hépatiques, englobe un ou plusieurs espaces portes. Ceux-ci se trouvent dès lors au centre d'un véritable lobule biliaire selon la nomenclature de Sabourin (cirrhose monolobulaire, multilobulaire, selon l'importance de l'anneau scléreux). Les cellules hépatiques qui, près de l'espace porte, ont conservé leurs caractères, se sont groupés par 2, 4, 6 aux environs des veines sus-hépatiques; elles peuvent être déformées, chargées de pigment, ou disparaître avec leurs noyaux; rarement elles se transforment en néocanalicules biliaires. Les capillaires dans la zone scléreuse finissent par s'oblitérer; quant à l'espace porte, il conserve son intégrité.

La cirrhose cardiaque peut s'arrêter à ces différents stades; bien plus, ceux-ci s'observent presque toujours sur le même foie.

La sclérose périportale n'est qu'un élément du foie cardiaque, elle occupe de préférence la région sous-capsulaire et les bords du foie; elle atteint ensuite les organes contenus dans la gaine de Glisson, pour, de là, rayonner. Ce n'est que tard que l'espace porte est envahi par le tissu fibreux; mais il n'est pas rare, contrairement à ce qui se passe dans les bandes scléreuses sus-hépatiques, de rencontrer des pseudocanalicules biliaires et des amas embryonnaires. Cette cirrhose empiète sur différents lobules, c'est donc une sclérose avant tout multilobulaire.

— Quelles sont les *causes* de la cirrhose cardiaque? Si l'on réfléchit qu'on n'observe ni diapédèse leucocytique, ni exsudats, on ne saurait y voir le résultat d'une irritation hyperplasique. Il est certain qu'on doit faire jouer un rôle à l'impulsion sanguine anormale que reçoivent les veines sus-hépatiques; mais en dehors d'elle, considérée comme *cause de la localisation conjonctive*, il faut incriminer les principes irritants que renferme le sang, au premier rang desquels se range l'alcool, et les autres produits toxiques d'origine intestinale; en d'autres termes la stase sanguine n'intervient qu'en rendant les éléments plus susceptibles à l'action de ces poisons.

Au dépens de quels éléments dès lors se forme ce tissu conjonctif nouveau? Ce n'est ni au dépens des cellules hépatiques, ni au dépens de l'endothélium des vaisseaux, et c'est la péricapillarite qui est le point de départ de la sclérose.

— Dans les cas simples, le foie cardiaque ne se traduit que par une augmentation de volume de l'organe. C'est sur la ligne

mamelonnaire que la matité est le plus accusée, et qu'elle peut prendre des proportions inusitées lors des poussées congestives (ombilic, fosse iliaque), à ce moment le foie peut être douloureux. La surface est lisse, régulière ; le bord mousse ou à vive arête, à moins de cirrhose un peu avancée, au quel cas la surface est raboteuse, et le bord irrégulier et dur. La main perçoit des battements systoliques précédant un peu la pulsation radiale, signe précieux de l'insuffisance valvulaire droite.

Ces battements indiquent une sorte d'état érectile du foie. Les malades se plaignent d'un sentiment de tension à l'hypochondre droit, augmentant pendant la digestion et par la fatigue. Sous l'influence d'une poussée congestive une véritable douleur peut se montrer sous les fausses côtes, avec irradiation scapulaire et quelquefois avec névralgie diaphragmatique. Quelquefois elle est assez vive pour faire penser à la périhépatite. Elle peut contribuer à produire l'oppression, que l'augmentation du volume du foie peut amener également par gêne des contractions diaphragmatiques.

En dehors des troubles digestifs communs aux asystoliques, les malades peuvent en présenter qui relèvent plus particulièrement du foie. Ce sont : un appétit capricieux, le dégoût de la viande et de la graisse, des nausées avec vomissements alimentaires ou glaireux ; la douleur de l'hypochondre pendant la digestion ; la constipation alternant avec une diarrhée séreuse, résistant au bismuth et aux opiacés, cédant par le traitement cardiaque ; la tympanite, précurseur de l'ascite. Ce dernier symptôme peut, dans certains cas, prendre une importance prédominante — le ventre peut renfermer de 8 à 12 litres de liquide — et persister après la disparition de l'anasarque. Dans certains cas il peut constituer le seul symptôme de l'asystolie — asystolie hépatique d'Hanot. — Sujette à des fluctuations, l'ascite disparaît parfois très vite, accompagnée d'émissions d'urines abondantes.

Mobile, prédominante ou isolée, elle indique donc la part que prend le foie au complexus morbide.

Les urines présentent quelques particularités : c'est la quantité de chlorure et de phosphate qu'elles renferment, et dont l'élimination peut avoir lieu par crises. Quant à l'urée, son élimination est plus en rapport avec l'état des voies digestives qu'avec celui du foie, elle augmente avec l'alimentation. Les urates, l'acide urique existe en grande abondance, enfin la glycosurie alimentaire s'observe fréquemment. Tous ces troubles peuvent conduire le malade à une véritable *cachexie hépatique*.

Les ictères des cardiohépatiques. — Pigments biliaires. — Les cardiohépatiques peuvent présenter : 1° de l'ictère vrai ; 2° de l'urobilinurie ; 3° de l'ictère hémaphéique léger ; 4° de l'ictère hémaphéique complet.

Ceci nous amène à parler des pigments biliaires, selon la formule qu'en a donnée le professeur Hayem. Au nombre de ceux-ci figure une substance qui se trouve dans l'urine de tous les cardiohépatiques, c'est l'*urobiline*. Dérivée de l'hématine par l'adjonction d'une molécule d'eau, de la bilirubine par oxygénation et hydrogénation, l'urobiline a été obtenue en soumettant l'hémoglobine à des agents réducteurs ; mais l'urobiline elle-même, sous l'influence d'agents réducteurs, donne une matière incolore, chromogène de l'urobiline, et qui existe presque toujours dans l'urine normale et peut en présence des acides régénérer l'urobiline.

Enfin, en exposant à l'air des solutions de bilirubine ou de biliverdine, on obtient un pigment rouge brun peu soluble dans l'eau.

Ces connaissances vont nous permettre d'apprécier les ictères des cardiohépatiques.

A. — Ils présentent de *l'ictère biliphéique*. Pas d'erreur ; c'est un ictère franc, par rétention — épaississement de la bile, catarrhes des voies biliaires. Ou bien cet ictère accompagne une poussée hépatique, et l'on peut se demander si la dilatation brusque des vaisseaux n'amène pas une compression des voies biliaires.

B. — Les cardiohépatiques, en dehors de toute coloration ictérique, présentent de l'*urobiline* dans les urines. M. Hayem a montré qu'il était peu probable qu'elle vint de l'intestin ou du pigment biliaire des tissus, puisqu'on le rencontre en dehors de tout ictère ; ou du sang, car l'urobilinurie ne s'observe guère en dehors des épanchements hémorrhagiques. Mais elle doit être considérée comme le *pigment normal du foie congestionné*.

C. — D'autres présentent l'hémaphéisme de Gubler. Les urines renferment de l'urobiline et des pigments modifiés et en particulier du pigment rouge brun ; c'est l'ictère particulier aux urobilinuriques (Hayem). Il s'observe à la moindre poussée hépatique.

En somme ce qui résulte de ce qui précède, c'est que chez le cardiohépatique il y a insuffisance de la glande biliaire, et que cet état se traduit par des modifications du pigment biliaire.

Cliniquement, le fait peut avoir sa note morbide perdue, chez les cardiaques, dans le tableau de l'asystolie vulgaire. Dans d'autres cas, il y a prédominance des accidents hépatiques ; enfin, dans certains cas, les accidents hépatiques constituent à eux seuls le tableau d'insuffisance cardiaque (asystolie hépatique d'Hanot) et peuvent faire égarer le diagnostic. Pendant l'asystolie, ils se manifestent par un foie gros, dur, douloureux, de l'ascite, des troubles digestifs, de l'urobilinurie et la présence dans l'urine de pigments modifiés, coexistant avec de l'arythmie et des souffles cardiaques.

En dehors de l'asystolie, et sans que rien souvent ne fasse songer au cœur, les malades présentent des foies gros, durs, parfois douloureux, des troubles digestifs insignifiants ou nuls, du tympanisme sans ascite, de l'urobilinurie. On conçoit qu'on puisse songer, en pareil cas, à toute autre chose qu'au cœur, et que, si on perçoit un bruit de souffle, on suppose plutôt une cardiopathie secondaire aux lésions hépatiques.

L'évolution du type cardiohépatique conduit le malade à une cachexie hépatique, qui s'ajoute à la cachexie cardiaque et dans laquelle dominent les troubles digestifs et l'anémie. Ces symptômes sont parfois si prédominants qu'on peut songer à un cancer du foie.

— Chez les cardiaques athéromateux, le rôle du foie est fort effacé.

Chez les cardiaques alcooliques, l'asystolie ne fait que mettre en relief les lésions alcooliques du foie ; chez les cardiaques goutteux, la stase sus-hépatique met le cachet cardiaque sur les lésions scléreuses propres à la goutte.

Les causes de mort sont : l'asystolie commune ; la cachexie mixte ; l'ictère grave.

Celui-ci est dû soit à une infection surajoutée, soit aux intoxications organiques multiples.

Au point de vue du PRONOSTIC, un foie primitivement sain supporte mieux les effets de l'affection cardiaque qu'un foie altéré déjà par l'alcool ; en soi, l'affection hépatique est grave, à cause des fonctions importantes que remplit l'organe. Le foie cardiaque avec ictère est plus grave.

Quant au traitement, pour guérir le foie, il faut s'adresser au cœur, et prescrire le régime propre à l'asystolie.

(*A suivre.*) H. BARBIER.

BULLETIN

LA NATURE RHUMATISMALE DE LA CHORÉE. NATURE DE LA DILATATION DU COEUR.

Un des reproches que l'on formule le plus volontiers à l'adresse de la médecine est celui qui vise l'incertitude habituelle de ses théories concernant l'étiologie et la nature des maladies dont l'étude lui appartient à peu près exclusivement. On doit reconnaître que ce reproche est fondé dans une certaine mesure, bien que des progrès incontestables tendent à restreindre de plus en plus le nombre de ces inconnues nosologiques. A cet égard, l'histoire de la chorée pourrait servir d'exemple et d'enseignement, car, en dépit de recherches nombreuses et nonobstant les affirmations des maîtres, nous ne sommes guère plus avancés aujourd'hui qu'autrefois dans la connaissance des causes de cette singulière affection. On a enseigné longtemps qu'elle était une manifestation du rhumatisme, et encore maintenant cette doctrine est reproduite dans la plupart des traités de pathologie. Mais les arguments invoqués, faits cliniques nombreux et rapports de coïncidence, n'ont qu'une valeur discutable : l'incertitude commence lorsqu'il s'agit d'interpréter le mécanisme par lequel l'effet se relie à la cause.

Les partisans de la nature rhumatismale nous ont fourni jusqu'à présent, sur ce mécanisme, des explications médiocrement satisfaisantes ; certaines théories émises à ce sujet ne méritent même pas une simple mention. Dès lors, on est en droit de considérer la question comme simplement posée et comme restant tout entière à résoudre, d'autant que, dans l'ensemble des manifestations du principe rhumatismal, la chorée constitue quelque chose de très à part et qu'elle semble beaucoup plus voisine des affections purement nerveuses que des affections arthritiques proprement dites. Aussi, doit-on *a priori* trouver très acceptable l'opinion formulée, il y a déjà longtemps par M. Joffroy, qui n'hésite pas à repousser complètement l'étiologie rhumatismale pour adopter exclusivement l'hypothèse de l'origine nerveuse. En effet, cette opinion a pour elle des arguments de pathologie générale d'un ordre très élevé et d'une valeur au moins égale à celle des considérations que la doctrine classique invoque pour se justifier. On trouvera donc légitime que d'autres reprennent pour leur compte cette thèse fort justiciable de la nature purement nerveuse de la chorée, et qu'ils cherchent, eux aussi, à l'étayer par des faits. Une nouvelle tentative, dans ce sens vient d'être indiquée par M. Comby et les conclusions de notre collègue paraissent entièrement conformes à l'opinion de M. Joffroy, étayées qu'elles sont sur le chiffre respectable de 90 observations, recueillies avec toutes les garanties désirables. Pour M. Comby, comme pour son prédécesseur, il ne saurait y avoir doute sur ce point : la chorée est une névrose cérébro-spinale d'évolution, sans autres liens avec le rhumatisme, que de simples rapports de coïncidence. Telle est la notion qui se dégage du travail présenté récemment à la Société médicale des hôpitaux.

Nous serions pour notre part assez disposé à admettre cette notion et volontiers nous accepterions l'hypothèse de l'origine purement nervense de la chorée, ou tout au moins de la chorée des jeunes gens. Un assez grand nombre de faits observés dans des établissements d'instruction et dans des pensionnats a préparé sur ce point notre adhésion. Il est clair d'ailleurs, si cette théorie est définitivement admise, que l'on devra à l'avenir faire table rase de l'argument tiré de la coexistence fréquente, chez les choréiques, d'une lésion organique du cœur : dorénavant ce fait devra être considéré comme une pure coïncidence et on ne sera plus autorisé à en tirer parti pour affirmer la communauté d'origine rhumatismale des deux affections. Du reste on pourrait, aux adhérents de l'étiologie rhumatismale, opposer un exemple emprunté précisément au domaine de la pathologie nerveuse: celui du *tabes*, cette graude myélite systématique à laquelle des pathologistes sincèrement convaincus ont voulu assigner une origine presque exclusivement syphilitique. Ici également, on invoque sur tout des arguments tirés de la simple coïncidence et pas plus dans un cas que dans l'autre on ne peut donner à la théorie l'appui d'une sanction thérapeutique démonstrative. En effet, on compterait facilement le nombre des ataxiques guéris ou même simplement améliorés par l'emploi du traitement spécifique : de même on chercherait peut-être vainement un cas de chorée modifié heureusement sous l'influence de la médication anti-rhumatismale. Quoi que l'on en puisse dire, un pareil argument possède une certaine valeur et il nous paraît militer fortement en faveur de la théorie nerveuse qui est vraisemblablement destinée un jour ou l'autre à detrôner définitivement l'ancienne, celle à laquelle Trousseau, Roger, G. Sée, etc., ont attaché leurs noms.

— Si nous avons bien compris le sens général du mémoire que M. G. Sée a lu mardi à l'Académie, notre maître a voulu montrer que la valeur séméiologique des variations de la matité cardiaque a été mal interprétée jusqu'à présent et que l'on devra désormais considérer ces variations comme un phénomène accessoire, essentiellement mobile, en rapport avec les modifications continuelles d'élasticité du myocarde et les changements de pression intra-vasculaire. Si on admet les vues de l'honorable professeur, il est clair que ces variations doivent perdre à l'avenir beaucoup de leur importance clinique, leur mobilité même leur enlevant presque toute leur valeur diagnostique. En particulier, l'étude des myocardites devrait être refaite à ce point de vue, les considérations tirées des changements de volume du cœur ayant joué jusqu'à ce jour un grand rôle dans l'histoire de ces cardiopathies. Ce serait en quelque sorte un chapitre de la pathologie du cœur à recommencer tâche considérable, qui ne pourrait être menée à bien que par les efforts combinés de plusieurs générations de cliniciens. Jusqu'à plus ample informé, on doit prendre acte des objections qui ont été opposées à M. G. Sée et dont quelques-unes nous semblent avoir une valeur incontestable : par exemple, celle qui vise le rôle de poche élastique que M. Sée attribue à la paroi du cœur et qu'il sépare, pent-être un peu théoriquement, de la propriété contractile de cette paroi. Dans la réalité, il est plus probable que ces deux propriétés n'en font qu'une et que la fonction du cœur vis à vis de la tension vasculaire est subordonnée tout entière à l'intégrité de la fibre musculaire qui forme sa charpente fondamentale.

C'est sur cette dernière notion que repose du reste l'idée-mère de la théorie de l'asystolie, telle qu'elle a été comprise jusqu'à ce jour. Ainsi, quand le cœur se dilate, c'est que sa tonicité musculaire a fléchi momentanément, et quand il revient sur lui-même, cela est dû au retour de cette même tonicité. Telle paraît être l'interprétation la plus exacte, et en même temps la meilleure au point de vue thérapeutique, car elle sert à régler l'intervention des médicaments qui ont pour but de relever cette énergie contractile de l'organe central de la circulation. En d'autres termes, le cœur est essentiellement un organe agissant, actif, un muscle qui travaille sans relâche et produit un résultat toujours positif. Vouloir attribuer à cet organe une propriété essentiellement passive comme celle de l'élasticité, ce serait peut-être méconnaître ou

amoindrir le rôle de moteur principal et de régulateur de la circulation que les physiologistes de tous les temps lui ont reconnu sans conteste.

P. MUSELIER.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène de France, présidence de M. le professeur Brouardel.

— M. H. Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, fait connaître qu'une épidémie de rougeole a été signalée à Pont-Levoy (Loir-et-Cher). Dans ce village de 2.500 habitants, la maladie frappe cruellement la population pauvre. Un rapport a été demandé au préfet.

— M. le docteur Proust fait la communication suivante :

Un télégramme de Madrid, du 29 au soir, annonçait qu'une femme habitant une commune de la province de Valence était atteinte du choléra : un médecin envoyé a constaté que les craintes n'étaient pas fondées.

Le navire anglais *Sculptor*, qui avait importé le choléra à Camaran, est reparti pour Bombay avec ses pèlerins, qui ont été rembarqués.

A Alep, on signale un cas de choléra.

Deux navires anglais, *Trevaylor* et *Eggiston*, partis de Moulmein (Birmanie), ont été astreints, à Suez, à une quarantaine.

Le conseil d'Alexandrie a déclaré le règlement contre le choléra applicable en Égypte aux provenances des îles Célèbes.

Les passagers du navire le *Béarn*, internés au Frioul, ont reçu libre pratique, leur état sanitaire étant excellent. Le convalescent de fièvre jaune retenu à Pomègues reprend rapidement des forces.

La fièvre jaune persiste à Rio-Janeiro : le nombre des décès y est évalué à 20 par jour.

— M. le docteur Bergeron lit un rapport sur un projet d'amenée d'eau dans la commune de Dun-sur-Auron (Cher).

Le projet est rejeté. Est également rejeté le rapport de M. Vaillard sur un projet d'une amenée d'eau par la commune de Dinteville (Haute-Marne).

— Sont approuvés : deux projets, présentés, l'un par la commune du Rioul (Basses-Alpes), dont M. Gariel était rapporteur, et l'autre par la ville de Cholet (Maine-et-Loire), dont M. Chautemps était rapporteur.

— M. le Dr A.-J. Martin lit un rapport sur un projet d'arrêté du préfet de Seine-et-Oise, en vue de réglementer l'épandage sur les champs en culture des matières provenant de la vidange des fosses d'aisance. Le Comité a adopté un certain nombre de dispositions relatives aux dépôts permanents, aux dépôts temporaires de gadoues et vidanges et aux fumiers, de façon à concilier les intérêts de l'hygiène et de l'agriculture. Il renvoie le vote sur le reste des conclusions à une séance ultérieure.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

II. *Consignations.* — I. Les élèves ajournés, à la session de novembre 1890, au 1er examen de doctorat et aux 1er, 2e et 3e examens de fin année (officiat), devront consigner le mercredi 10 et jeudi 11 juin, aux heures ordinaires.

Ils seront appelés à subir leur examen du 22 au 27 juin.

II. Les élèves de 1re année qui désirent subir le 1er examen de doctorat avant les vacances, devront consigner les mercredi 17 et jeudi 18 juin (ils prendront la 4e inscription du 24 au 27 juin inclus et seront appelés à subir l'examen à partir du 29 juin).

Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus indiquées seront envoyés à la session d'octobre.

Les aspirants à l'officiat sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année ; ils consigneront en prenant, selon le cas, la 4e, la 8e ou la 12e inscription ; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du conseil de la Faculté.

III. En cas d'ajournement au 1er examen de doctorat et aux examens de fin d'année, les élèves-docteurs de 1re année et les aspirants à l'officiat pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 19 au 31 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 12 ou le mardi 13 octobre 1891, dernier délai. (Ces dispositions sont applicables aux élèves-docteurs de 1re année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet.)

III. *Ostéologie.* — Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 19 octobre 1891. — MM. les étudiants qui auront passé avec succès le premier examen de doctorat ou le premier examen de fin d'année d'officiat devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2). — A cet effet, le bureau sera ouvert tous les jours de midi à trois heures pendant la période des examens : (avant les vacances, à partir du 22 juin ; et à la session d'automne, du 19 au 31 octobre).

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — *Docteurs en médecine reçus pendant les mois de mars, avril et mai* (année scolaire 1890-91). — LAMIC : Contribution à l'étude de l'intoxication oxy-carbonée. — LACOMBE : Quelques considérations sur la gale et le traitement par le naphtol. — GLÉRANT : Quelques cas d'anévrismes chirurgicaux observés à l'hôpital maritime de Brest ; leur traitement. — HAMON : Contribution à l'étude des ruptures du ligament rotulien. — L'EOST : Essai sur les affections oculaires liées à la diathèse rhumatismale. — PATRIARCHE : Des exostoses ostéogéniques. — JEANTY : De l'empyème latent de l'antre d'Highmore ; étude accompagnée de vingt-deux cas inédits de cette affection. — LIÈVRE : Contribution à la géographie médicale. Notes et observations recueillies au Rio-Nunez (1887-1888). — LE PORT : De l'appendicite et de son traitement. — RADLIN : Etude critique sur le traitement chirurgical de la névralgie du trijumeau. Supériorité de la résection de ses branches sur leur élongation et l'extirpation du ganglion de Gasser. — ROYER-COLLARD : Alcoolisme, coma alcoolique. Responsabilité légale des alcooliques. — ESPÉRON-LAGAZE DE SARDAC : Incontinence nocturne d'urine chez les enfants. Revue étiologique et thérapeutique.) — CASSAIGNEAU : Des abcès froids ossifluents de l'os coxal dans leurs rapports avec la coxalgie ou pseudo-coxalgies d'origine iliaque.

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris, s'est terminé par la nomination de MM. Lejars et Potherat.

Corps de santé militaire. — **Mutation.** — ARMÉE ACTIVE. — M. Boulian, médecin-major de 2e classe au 100e régiment d'infanterie, a été désigné pour occuper un emploi de son grade à l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains.

Corps de santé de la marine. — **Nominations.** — *Au grade de médecin de 2e classe* : MM. les Drs Lorieux, Degrenand et Cairon, médecins auxiliaires de 2e classe.

A l'emploi de médecin auxiliaire de 2e classe : M. le Dr Henry.

RÉSERVE. — *Au grade de médecin de 2e classe* : M. le Dr Iman, ancien médecin de 2e classe de la marine.

École militaire de Lyon. — Le président du Conseil, ministre de la guerre, a fixé à 55 le nombre des candidats à admettre cette année à l'École du service de santé militaire de Lyon.

— A la suite de la mise en adjudication, à Bruxelles, des *Annales d'Oculistique*, ce journal fondé en 1837, par Florent Cunier et continué par Warlomont, est passé entre les mains de notre confrère le Dr Valude, médecin-adjoint de la clinique des Quinze-Vingts.

Ce journal, pour être transplanté de Bruxelles à Paris, n'en perdra point son caractère, et le nouveau directeur, en s'associant des collaborateurs de Suisse et de Belgique, lui conservera sa destination d'être l'organe ophtalmologique des pays de langue française.

Chemin de fer d'Orléans. — *Saison thermale : Le Mont-Dore, La Bourboule, Royat, Néris-les-Bains, Evaux-les-Bains.* — A l'occasion de la saison thermale de 1891, la Compagnie du chemin de fer d'Orléans a organisé un double service direct du jour et de nuit, qui fonctionnera du 8 juin au 21 septembre, entre Paris et la gare de Laqueuille, par Vierzon, Montluçon et Eygurande, pour desservir par la voie la plus directe et le trajet le plus rapide les stations thermales du Mont-Dore et de la Bourboule.

Ces trains comprennent des voitures de toutes classes et, habituellement, des wagons à lits-toilette, au départ de Paris et de Laqueuille.

La durée totale du trajet, y compris le parcours de terre entre la gare de Laqueuille et les stations thermales du Mont-Dore et de La Bourboule est de 11 heures à l'aller et au retour.

Prix des places, y compris le trajet dans le service de correspondance de Laqueuille au Mont-Dore et à La Bourboule, et *vice versâ*.

1re classe, 58 fr. 15 ; — 2e classe, 43 fr. 75 ; — 3e classe, 31 fr. 60.

Aux trains express partant de Paris le matin et de Chamblet-Néris dans l'après-midi, il est affecté une voiture de 1re classe pour les voyageurs de ou pour Néris-les-Bains, qui effectuent ainsi le trajet entre Paris et la gare de Chamblet-Néris sans transbordement en 6 heures environ.

On trouve des omnibus de correspondance à tous les trains, à la gare de Chamblet-Néris pour Néris, et *vice versâ*.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 24 AU 30 MAI 1891

Fièvre typhoïde, 6. — Variole, 1. — Rougeole, 30. — Scarlatine, 7. — Coqueluche, 9. — Diphtérie, croup, 32. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 192. — Autres tuberculoses, 23. — Tumeurs cancéreuses et autres, 57. — Méningite, 35. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 38 — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 3. — Maladies organiques du cœur, 69. — Bronchite aiguë et chronique, 66. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 61. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 58. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 27. — Sénilité, 28. — Suicides et autres morts violentes, 25. — Autres causes de mort, 155. — Causes inconnues, 9. — Total 943.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE REDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F DE RANSE

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,**
J. ARNOULD (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

CHIRURGIE PRATIQUE

ÉTUDE ET CRITIQUE EXPÉRIMENTALES DE LA TRACTION PAR LES POIDS DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU CORPS DU FÉMUR PAR L'EXTENSION DANS LA RECTITUDE.

Par le Dr Paul Thiéry,
Prosecteur de la Faculté.

Notre travail ayant une certaine étendue, nous avons cru utile pour le lecteur de résumer les chapitres que nous traiterons successivement et qui se décomposent ainsi :

PREMIÈRE PARTIE
Considérations générales.

1° Introduction.
2° Notice historique.
3° Des résultats comparatifs fournis par l'immobilisation et l'extension.
4° Les résultats des expériences cadavériques sont-ils applicables à l'homme?
5° Remarques générales sur nos expériences.

DEUXIÈME PARTIE
Etude de la traction effective nécessaire.

1° De la traction comme moyen de réduction des fractures avec chevauchement.
2° De la traction considérée comme moyen d'extension après réduction manuelle de la fracture.

TROISIÈME PARTIE
Etude des résistances et de la traction stérile.

1° Déperdition de la force effective par réflexion de la corde sur la poulie. Des lois qui la régissent.
2° Les défauts de construction de la poulie influent-ils notablement sur cette déperdition?
3° Comment agit la poulie dans la traction considérée comme agent d'immobilisation. Influence des mouvements inconscients sur l'amplification de la force effective.
4° Du poids du membre et du frottement comme causes de déperdition.
5° De la traction effective au niveau du foyer de fracture comparée à la traction déployée.
6° Applications pratiques qui résultent de cette étude. Des moyens de diminuer les causes de résistance. Appareils à suspension.
7° Insuffisance des faibles tractions ordinairement employées.
8° Conclusions.

PREMIÈRE PARTIE
Considérations générales.

1° Introduction

Il est peu d'interventions chirurgicales proprement dites qui n'aient été primitivement fondées sur l'expérimentation, mais il faut bien reconnaître qu'il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'interventions moins bruyantes connues communément sous le nom de petite chirurgie, et que si peu de grandes opérations n'ont pas reçu leurs titres de légitimité des essais faits sur le cadavre ou sur les animaux, il en est nombre d'autres (application des ventouses par exemple, bandages divers) dont l'essai expérimental n'a que peu ou pas été fait.

A ce nombre appartient la traction dans les fractures de cuisse, car la traction continue ou intermittente, à part quelques auteurs que nous citerons plus loin, n'a pas attiré l'attention des expérimentateurs.

Alors qu'on s'ingéniait à expérimenter sur le cadavre la réduction des luxations par les méthodes dites de douceur, on négligeait un des moyens de traitement les plus employés jusqu'au jour où l'essai des mouffles nécessita l'étude des dangers de leur application et la réglementation de leur emploi.

Or nous ne craignons pas d'affirmer, au risque de paraître bien paradoxal par ces temps de chirurgie hardie et parfois aventureuse, que l'application d'un appareil dans une fracture qui offre au point de vue des suites éloignées la gravité des ruptures du fémur, n'est point plus indifférente que telle ou telle opération sanglante. Nous avons appris surtout chez notre maître, M. le professeur Le Fort, quel soin il fallait donner à la mise en place de ces appareils et plus tard, chez M. Verneuil, nous avons pu aussi voir les bons résultats d'appareils judicieusement appliqués; que pourraient dire nos confrères de Vincennes et que n'ont ils pas dit (1) des fâcheux résultats provenant bien souvent de l'indifférence apportée au traitement de ces fractures.

Ce serait un tort de croire que tout a été dit sur le traitement des fractures; est-il besoin de dire que la chirurgie attend encore un traitement simple et parfait des fractures de la rotule, des fractures de la clavicule et de bien d'autres encore.

Nous allons plus loin et nous pensons que dans la longue énumération des procédés employés, on en trouverait beaucoup, des plus recommandables en apparence, des plus employés, qui n'ont d'autre raison d'être que la valeur d'un procédé très ancien que nos maîtres nous ont appris, que nous enseignons à nos élèves et qui se perpétuera ainsi peut-être éternellement.

De même que certaines erreurs anatomiques sont reproduites dans tous les livres qui se succèdent, de même certains préjugés chirurgicaux : la traction est de ceux-là, comme

(1) Voir Delthil. Thèse de Paris.

nous essaierons de le démontrer. Non pas que nous niions formellement la valeur de l'extension et que celle-ci ne nous paraisse utile sous certaines réserves, mais parce qu'en écrivant ces lignes nous n'avons en vue que la traction fictive employée dans la plupart des hôpitaux; mal réglementée, mal étudiée, elle est, par suite, mal appliquée.

Dès longtemps, notre attention avait été attirée sur ce sujet et, très jeune dans la carrière chirurgicale, nous nous étonnions, après avoir servi d'aide à des réductions de fractures du fémur et constaté la force qu'il fallait déployer pour obtenir un résultat, nous nous étonnions de voir des malades, le membre insuffisamment maintenu par un Scultet, guérir sous l'effort de la traction, continue il est vrai, de 3 à 4 kilogr., rarement plus, quelquefois moins; et cela contrastait fort avec la définition classique de la fracture, dont le propre est de se reproduire après réduction si elle n'est énergiquement contenue (1).

C'est dans un simple but de curiosité personnelle et pour éclairer notre opinion que nous avions entrepris à l'École pratique de nombreuses expériences, variées et multiples, qui nous permirent d'établir quelques jalons pour régler, au moins sur le cadavre, les conditions de la traction. Depuis, nous avons étendu le champ de nos recherches et nous avons pu arriver à cette conviction que la traction telle qu'elle est couramment appliquée est illusoire (2).

Nous savons combien est grave l'accusation et nous regrettons presque de l'avoir formulée; nous chercherons au moins à la légitimer; aussi bien les expériences suivantes, quelle que soit l'opinion que l'on partage, ont-elles quelque intérêt et peuvent-elles servir à modifier ou perfectionner un procédé dont l'idée fondamentale est logique (3).

2° NOTICE HISTORIQUE (4).

Nous trouvons dans Malgaigne quelques expériences qui ont rapport à l'étude que nous poursuivons et si, au courant de cette étude, nous concluons qu'il ne faut point s'en remettre à la traction du soin de réduire la fracture, notre opinion est corroborée par les expériences de ce chirurgien.

Il fracture la cuisse d'un lapin et il se produit un raccourcissement.

Le membre étant disposé sur un appareil à plan incliné, il faut une traction de 1 kilogr. pour réduire ce raccourcissement de 1 centimètre; le lendemain le même essai est tenté : il faut une traction de 3 kilogr. et encore la réduction n'est que de 5 millimètres.

Autre expérience du même auteur. J'ai cassé, dit-il en substance, le tibia d'un lapin après avoir fixé sur l'os deux pointes métalliques à 8 centimètres de distance... le chevauchement primitif est réduit à 2 centimètres par un poids de 125 grammes. Deux jours après, le même chevauchement est soumis à une traction de 5 kilogs. Cette traction n'allonge le membre que jusqu'à 7 cent. et 2/3; si l'on attend plusieurs jours encore, on n'obtient rien de plus par une traction de 25 kilogs; qu'eût-il fallu alors s'il se fût agi d'un homme! Malgaigne rapportait à l'inflammation la nécessité d'augmenter le total du poids extenseur au fur et à mesure que l'on s'éloignait du début de la fracture.

Plus récemment nous trouvons dans la *Revue d'orthopédie*, 1890, p. 134, un article de Judson, chirurgien de New-York Hospital et qu'il intitule : *Comment la traction agit dans la coxalgie*. Bien que cette question semble, en apparence s'éloigner de notre sujet, nous mentionnons cependant ce travail parce qu'il contient une constatation à retenir. « Il n'est pas possible en appliquant le diachylon sur la peau séparée de l'os par une couche plus ou moins épaisse de tissu cellulaire graisseux et par les muscles relâchés de la cuisse, de prendre sur le fémur un point d'appui suffisant pour que nous puissions vaincre d'une manière pratique le spasme réflexe des muscles périarticulaires (1). »

Bien que cette circonstance influe évidemment moins dans le cas dont nous nous occupons, il est cependant permis de l'appliquer en partie aux téguments de la jambe sur lesquels est pris le point d'appui dans l'extension continue, bien que l'os soit plus superficiel; et appliquant aux arthrites ce que nous dirions volontiers des fractures, Judson conclut que la traction agit surtout par immobilisation, fait qu'avait déjà remarqué Desault (2) lorsqu'en parlant de son appareil il spécifiait l'immobilisation qui résultait de son application.

Bien qu'ayant limité nos recherches à la traction dans la rectitude, nous ne pouvons, ce nous semble, passer sous silence les recherches et les mémoires aujourd'hui connus de tous, qu'à deux reprises différentes (1885-1886), M. Hennequin publia dans la *Revue de chirurgie*; nous transcrivons la phrase suivante de son travail « Pour diriger scientifiquement l'extension, il est nécessaire de connaître la valeur 1° de la force *motrice* déployée et de la force *transmise* au squelette du segment mobile *après sa déperdition*; 2° de la résistance à vaincre; car la force motrice après les pertes subies doit conserver assez de puissance pour vaincre les résistances inévitables... le succès n'est qu'à ce prix ». (*Revue de chirurgie*, 1886, p. 548.)

Dans le même travail où il reconnaît si bien l'influence considérable des résistances et du frottement en particulier (page 567) auquel il cherche à suppléer expérimentalement par des tubes de verre, pratiquement par la flexion de la jambe à 40°, il fait encore remarquer que sur le cadavre, la force transmise est la même, que la traction soit faite sur les malléoles ou le pied ou sur les téguments de la jambe, si celle-ci est horizontale (Voir notre expérience V) mais chez le vivant une partie de la force est nécessairement employée à la tension de la peau et par suite perdue par la traction, circonstance dont nous n'avons pas tenu compte, mais sur laquelle insiste Judson et qui tend à rendre encore plus justes les considérations que nous émettons en faisant le bilan des causes qui, sur le vivant et sur le cadavre, font obstacle à la traction ou la favorisent.

M. Hennequin dans les expériences délicates qu'on trouvera à la page 564 de son mémoire, que l'on ne saurait se dispenser de lire, a déjà étudié sur le cadavre à l'aide d'un dispositif spécial la transmission de la traction au fémur en supprimant

(1) Imitant une phrase que Malgaigne applique aux appareils à suspension, nous dirons que nous avons voulu établir si la traction « n'était pas un moyen de distraire les malades et de les retenir au lit ». Il est certain que l'influence psychique de certains appareils compliqués n'est pas sans quelque influence sur la docilité qu'on peut exiger du malade.

(2) C'est aussi l'opinion de Seutin et de Ch. Sarrazin.

(3) « Pour diriger et appliquer scientifiquement un appareil à extension, il faut connaître la valeur en poids : 1° de la force motrice; 2° de la force transmise au segment mobile; 3° des résistances à vaincre; 4° de la déperdition éprouvée par la force extensive. Le succès est à ce prix. » Hennequin, *Revue de chirurgie*, 1885, p. 308.

(4) Cette courte notice n'a point la prétention de faire l'historique de la question. Nous tenons à noter cependant que les idées que nous émettons dans notre travail sont personnelles et que nous n'avons consulté les mémoires auxquels nous faisons allusion pour constater les idées communes, qu'au moment de le livrer à l'impression.

(1) M. Hennequin (*Revue de chirurgie*, 1886), insiste longuement et à plusieurs reprises sur cette cause de traction stérile; nous n'ajouterons rien à l'étude fort complète qu'il en a donnée.

(2) *Œuvres chirurgicales*, t. I, 1830, p. 206.

dans la mesure du possible, les causes de résistance et le frottement en particulier. Dans l'une de ces expériences une traction de 2 kilog. produit une progression de la tête fémorale de 3/10 de millimètre.

Il n'a pas, ce nous semble, étudié toutes les autres causes physiques de résistance; ses conclusions qui ont d'ailleurs rapport à la traction en demi flexion avec l'appareil qui porte son nom, ne sont point applicables à l'extension dans la rectitude, mais nous en retenons surtout la mention des résistances à vaincre.

Enfin il est nécessaire de lire en entier le mémoire de 1886 de cet auteur où l'étude des résistances est faite avec soin et où les notions de mécanique applicables à l'extension continue sont exposées avec quelques détails. Il est juste de dire cependant qu'en pratique les règles même élémentaires de mécanique cessent souvent de faire loi : nous avons pu remarquer le fait bien souvent au cours de nos recherches.

Toutes les études précédentes, bien que se rapportant de près ou de loin au sujet que nous traitons dans ce mémoire, laissant neuves et originales une grande partie de nos recherches ; nous ne les avions d'ailleurs consultées qu'après avoir parfait notre travail : peut être n'en serait il pas de même des recherches de Sarrazin.

Notre mémoire était écrit quand nous avons consulté un article du dictionnaire Jaccoud qui semble se rapprocher des opinions émises dans notre travail.

Nous avions d'ailleurs emprunté au *Traité des fractures* de notre ami Ricard que nous citons souvent au cours de ce travail, la citation suivante relative aux recherches de Sarrazin (Ricard, page 398 du *Nouveau traité de pathologie externe*). « Cependant d'après Sarrazin, il est impossible de faire supporter, même par un homme très vigoureux, une traction opérée par un poids de 2 à 3 kilog. dans une fracture de jambe, de 4 à 5 kilog. pour une fracture de cuisse (1) ; *or ce poids serait à peine suffisant pour contrebalancer le poids du membre et les frottements qu'il exerce sur le lit* (2).

Cela résulte du moins de l'expérience suivante : « Coupons, dit Sarrazin, un membre au niveau du point où siège la fracture, enveloppons-le comme le membre blessé, déposons-le sur un lit dans des conditions absolument identiques à celles dont nous étudions les effets et il ne sera pas déplacé (3) par les tractions si peu considérables que le malade a consenti à supporter.

« Si nous fixions un dynamomètre sensible entre les deux segments de l'os divisé, l'aiguille resterait à 0 (4).

« *Il est donc démontré par nous que les tractions continues tolérées par les malades* sont contrebalancées par le poids du membre et des objets dont on l'enveloppe, par la pression et le frottement qu'il exerce sur le lit et les coussins où il est déposé.

« Elles n'ont pas, par conséquent, l'efficacité qu'on leur attribue pour lutter contre l'élasticité musculaire et contre le chevauchement des fragments » (5).

(1) Il y a là quelque exagération : un poids de 5 et 6 kilog. peut être supporté.
(2) On remarquera combien nous sommes en conformité d'idées avec cet auteur, bien que nous indiquions d'autres causes de force stérile.
(3) Voir notre expérience XXVIII.
(4) Voyez nos expériences XXXI-XXXII et suivantes.
(5) Voyez nos expériences I-II et suivantes. Nous arrivons aux mêmes conclusions et bien que nous ignorions les recherches de Sarrazin, nous devons reconnaître qu'elles ont plus d'un point de similitude avec les nôtres

(*A suivre.*)

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

DU DÉVELOPPEMENT DES IDÉES MODERNES SUR LE TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE ET CURATIF DES AFFECTIONS BACTÉRIENNES; DE L'IMMUNITÉ ET DE L'ÉTAT RÉFRACTAIRE AUX MALADIES,

Par M. Shéridan Delépine.
(Saint-George's Hospital).

(*Suite et fin*) (1).

2° *État réfractaire produit par l'inoculation d'une maladie voisine moins grave, ou de la maladie elle-même modifiée par son passage sur un autre animal.* — Certaines personnes habitants la campagne avaient soupçonné de très bonne heure qu'une maladie particulière, atteignant les vaches, était communicable à l'homme, et que les individus ainsi affectés n'étaient pas aussi aptes que les autres à contracter la variole. L'histoire nous raconte qu'un fermier anglais et un maître d'école allemand, au siècle dernier, poussés par cette croyance, avaient recours à l'inoculation de virus vaccin de préférence à l'inoculation de la variole vraie. Jenner est le premier qui se rendit compte, parmi les médecins, de l'immense importance de ces croyances et de ces pratiques de tradition, et après s'être adonné de toutes ses forces à l'étude de cette question, devint si convaincu de la valeur de la méthode vaccinale, qu'après une lutte de longue durée, il a réussi à convaincre aussi les autres, et qu'il est ainsi devenu l'un des plus grands bienfaiteurs de l'humanité. De 1798, époque à laquelle Jenner produisit la vaccination devant le monde, jusqu'en 1880, il ne fut fait que peu de chose pour étendre le cercle du principe ainsi découvert. Pasteur vint alors, et après une étude longtemps poursuivie sur la nature du virus originede diverses maladies, se convainquit peu à peu que ce virus peut être atténué ou intensifié à volonté. A cette époque il pouvait affirmer que la production d'une attaque d'une intensité définie, dans de nombreuses maladies, était une chose non seulement possible mais encore utilisable et capable d'application comme prophylaxie diverses affections. En 1880, également, Burdon Sanderson émit l'idée que l'atténuation du virus du charbon, dans le but de vaccination, pouvait être obtenue en se servant du cochon d'Inde comme intermédiaire. Greenfield institua vers la même époque des expériences dans la même voie qui donnèrent des résultats très satisfaisants. En 1883, Pasteur et Thuillier firent des expériences sur le rouget des porcs, démontrant clairement que le virus, après une série de passages chez des pigeons, devient graduellement plus virulent pour le cochon, tandis que le contraire est également vrai quand les intermédiaires sont des lapins; ils montraient ainsi comment l'affection pouvait être déterminée ou être modifiée. Le principe de la vaccination introduit par Jenner semblait donc être devenu un fait capable d'une application générale à cette époque. La seule chose qui paraissait nécessaire était de fixer les hôtes intermédiaires favorables au parisite. En cultivant le parasite sur une série d'intermédiaires propres à son développement, on finissait par obtenir une vaccine ou une lymphe, qui, semblable à la vaccine jennérienne, était capable de conférer l'immunité aussi bien qu'une attaque antérieure de la maladie elle-même, mais alors sans le moindre danger. Un autre fait d'une grande importance avait été également observé par de nombreux expérimentateurs, à savoir que l'ap-

(1) Voir le numéro 23.

parition de certaines affections fébriles peut modifier l'évolution d'autres affections fébriles existant antérieurement à celles-là. Daniellsen et Boeck ont peut-être été les premiers à appeler l'attention sur ce point et à signaler l'influence heureuse qu'une attaque de variole peut avoir sur le décours d'une lèpre tuberculeuse. Je n'ai pas besoin de vous rappeler les nombreuses tentatives qui ont été faites dans ce sens depuis cette époque.

3° *Etat réfractaire établi par l'inoculation d'un virus modifié par la culture en dehors du corps.* — Une autre découverte, plus fertile en résultats, quoique similaire en principe, fut faite par Pasteur en 1880. Il montra qu'en cultivant le microbe du choléra des poules à la température de 33°, avec accès libre de l'oxygène, il pouvait obtenir en deux ou trois mois un virus atténué qui, tout en communiquant l'affection sous une forme moins grave, conférait cependant l'immunité. Toussaint et Chauveau faisaient alors des expériences sur le bacillus anthracis. Toussaint fit cette importante découverte qu'en élevant rapidement à une température relativement haute des cultures de bacilles du charbon, il obtenait une atténuation du virus.

En 1881, Pasteur obtint l'atténuation de la virulence de ce bacille en maintenant les cultures, pendant neuf jours, entre 42° et 43° C.; il conférait ensuite l'immunité par des vaccinations avec des cultures ainsi modifiées. Koch, Gaffky, Lœffler répétèrent en 1884 les expériences de Pasteur; ils les confirmèrent et leur donnèrent une plus grande extension; ils ne différaient de lui qu'au sujet de l'influence qu'il attribuait à l'oxygène. En 1882, Pasteur et Thuillier appliquèrent au bacille du rouget la même méthode qu'ils avaient suivie pour le choléra des poules, et réussirent également à obtenir l'atténuation de ce virus. Pendant toute cette période, Pasteur tentait d'isoler le virus de la rage. Bien que le succès ne vînt pas couronner ses efforts, il découvrit cependant que les tissus nerveux acquièrent dans cet affection des propriétés virulentes qui indiquent la présence dans ces mêmes tissus de quelque virus encore inconnu. Ne pouvant donc point obtenir le virus lui-même, Pasteur se servait du tissu nerveux comme d'un milieu nutritif; ayant découvert la méthode pour obtenir des moelles ayant une virulence constante (virus fixe), il agissait avec ces moelles de la même manière qu'il l'eût fait avec des cultures ordinaires, et réussit ainsi (1885) à atténuer le virus et à produire l'immunité par la vaccinatiou comme pour les autres affections. Bien d'autres méthodes que celle introduite par Pasteur ont été proposées pour atténuer la virulence des organismes. Nous avons déjà vu comment Toussaint et Chauveau se servaient d'une rapide élévation de température. Paul Bert a démontré que l'oxygène sous forte pression (20 atmosphères) tue le bacille du charbon. Toussaint, Chamberland et Roux (1880-1886) ajoutent des acides dilués, phénique, chronique et sulfurique aux milieux nutritifs dans le même but. Klein (1888) se sert aussi de très petites quantités de sublimé corrosif. Arloing (1886) a montré que la lumière solaire joue également un rôle dans l'atténuation des cultures dans des milieux liquides. Il est inutile d'entrer plus avant dans l'explication de ces méthodes, celle de Pasteur étant la seule qui puisse recevoir une large application, au moins autant qu'il s'agit de l'homme.

4° *Etat réfractaire créé par l'introduction dans le système de produits résultant de l'action d'organismes pathogènes sur des milieux de culture.* — Salmon et Smith (1883) semblent avoir été les premiers à réaliser l'importance pratique de l'injection des produits de développement de certains organismes en dehors de ces organismes eux-mêmes; ils ont montré que l'injection des cultures du microbe qui cause le choléra du porc produit les effets du virus atténué après stérilisation par la chaleur, au moins dans le cas de pigeons.

Cependant il était accepté, avant ce temps, que les micro-organismes génèrent des produits qui sont mortels pour eux-mêmes et qui sont capables d'arrêter leur développement, fait connu depuis longtemps pour ce qui concerne les organismes de la fermentation. Pasteur a montré de bonne heure que le bouillon de culture du choléra des poules filtré et injecté ensuite à un oiseau reproduit les symptômes de la maladie, bien que l'on ne puisse déceler aucun micro-organisme dans le liquide. Il a montré qu'il en est de même du sang d'un animal atteint de charbon.

En cherchant à expliquer les effets de l'inoculation des moelles rabiques, Pasteur, en 1885, a également fait allusion à l'existence probable de quelque substance chimique dans les moelles dont il se servait pour faire ses inoculations préventives; il pensait bien que cette substance agissait dans le sens de l'immunité à conférer. Ce n'est que vers 1887 que ces faits et ces vues reçurent une nouvelle importance par les travaux de Toussaint, de Chauveau, de Wooldridge, de Chamberland et de Roux, sur le charbon; de Charrin, sur le bacille pyocyanique; de Chamberland et Roux, sur la septicémie aiguë; de Brieger, Chantemesse et Vidal, sur la fièvre typhoïde; de Roux, sur le charbon symptomatique; de Roux et Yersin, sur la diphthérie. Dans la plupart de ces recherches, le liquide employé pour les inoculations consistait en cultures modifiées par le développement d'organismes et stérilisées soit par la chaleur, soit par la filtration, ou encore par ces deux méthodes combinées. Les travaux de Charrin, de Woodhead, de Cartwright et de Wood ont aussi démontré que la protection peut quelquefois être obtenue non seulement par l'injection des produits de développement du micro-organisme lui-même, mais aussi par l'injection de ceux de micro-organismes tout à fait différents (bacilles du charbon et bacilles du pus bleu).

Les produits employés étaient donc de nature très complexe et l'on ne connaissait guère à quel genre de composé ils devaient leurs vertus prophylactiques. En 1888, Roux et Yersin avaient essayé de prouver que leur vaccin chimique pour la diphthérie devait ses propriétés à un albuminoïde combiné à un ferment non organisé; cette dernière théorie n'est point généralement acceptée, bien que l'on n'en ait point démontré l'erreur. Afin de comprendre bien l'origine des perfectionnements dont nous allons parler, il est nécessaire de rappeler que les travaux de Panum (1856), de Gantier, et de Selmi (1873) avaient révélé la production d'alcaloïdes très toxiques peudant la putréfaction. Les recherches minutieuses de Nencki, et celles plus approfondies encore de Brieger, ont démontré clairement l'existence d'une classe importante d'alcaloïdes fabriqués par les agents de la putréfaction. Gautier, d'autre part, en 1881, cherchait à prouver que les tissus animaux sont également capables de produire, par leur évolution et leurs échanges des substances toxiques de nature complexe. Les expériences de Lauder Brunton et de sir Joseph Fayrer sur le cobra (1873) ne doivent pas non plus être passées sous silence à ce sujet. L'on a ensuite bientôt prouvé qu'en dehors des poisons albuminoïdes, d'autres substances plus ou moins toxiques devaient être fabriquées par les cellules végétales ou animales; ces substances devaient appartenir à la classe mal définie des « *albuminoses* ». Je n'ai besoin que de vous rappeler, à ce sujet, les recherches de Weir Mitchell (1860) et de Reichert, sur « l'albuminose » du virus du serpent; enfin de Sydney Martin sur les « phytalbuminoses », c'est-à-dire sur les albuminoses produits par des cellules végétales bactériennes ou

autres, recherches qui ont conduit plus tard ce dernier auteur à inférer que ces albuminoses étaient des combinaisons intermédiaires entre les substances albuminoïdes non toxiques des milieux de cultures et les plus toxiques des alcaloïdes. Blüchner, Woldridge, Hankin, et d'autres, ont aussi découvert des substances albuminoïdes toxiques dans les divers liquides ou tissus de l'organisme, desquelles certaines étaient également toxiques pour les bactéries. Revenant maintenant aux inoculations préventives, nous trouvons qu'en 1889, Sydney Martin, de Londres, et Hankin, de Cambridge, travaillant, l'un dans le laboratoire de Koch, l'autre dans celui de Brieger, avaient isolé des cultures du bacille charbonneux des « albuminoses » que Hankin a démontrées pouvoir conférer l'immunité contre la maladie quand on les injecte dans le corps. Peut-être sous l'inspiration des travaux de Hankin, et certainement plus tard que la publication des siens dans la même année, se publièrent les importantes recherches de Frænkel et Brieger sur les toxalbumines de la diphtérie, de la fièvre typhoïde, du choléra, du tétanos, etc... Ainsi donc, de même que pour bien des remèdes employés depuis des siècles sons forme de poudres, d'extraits, de décoctions, d'infusions, de teintures, etc..., les chimistes ont fini par retirer les principes actifs, de même il est démontré actuellement que des matières employées par Pasteur et son école depuis les dix dernières années, il est possible d'isoler quelques produits actifs de composition définie, auxquels les « les lymphes » et les substances « vaccinales » doivent leurs principes prophylactiques ou curatifs.

Tel était l'état de la science quand, au cours de l'année dernière, l'on annonça partout que Koch avait trouvé le moyen de guérir la tuberculose par des inoculations. Tous les esprits étaient donc, jusqu'à un certain point, préparés pour un tel événement; et cependant le fait que l'un des plus grands fléaux de l'humanité se trouvait enfin soumis à la science thérapentique a créé une émotion immense. Le peu qui nous est connu du traitement et de ses effets, nous fait croire que Koch se sert d'un des produits chimiques dont nous avons parlé tout à l'heure, et, en conséquence, nous devons penser que ce traitement sera suivi de succès *dans une certaine mesure*. Cependant, les résultats obtenus par les expérimentateurs précédents montrent qu'il serait déraisonnable de trop espérer d'un système qui a toujours été accompagné *d'une certaine proportion de déceptions*.

J'ai soigneusement évité, au cours de cet exposé, d'entrer dans de nombreux détails, dont beaucoup d'ailleurs ont une grande importance, afin que vous puissiez suivre l'idée générale des pensées et des observations qui ont conduit aux découvertes récentes. Je ne chercherai donc point à discuter sur quelles bases la vaccination, qui est, en principe, essentiellement prophylactique, peut devenir une méthode de traitement quand le virus modifié répond à de certaines indications. Il existe une connexion très nette entre ces deux sortes de traitement. Il peut, cependant, être intéressant de considérer un moment les méthodes que nos connaissances sur les agents pathogènes ont introduites en médecine.

Ces méthodes peuvent être divisées en trois catégories : 1° méthode préventive ; 2° méthode protective ; 3° méthode curative. — Ces méthodes ont toutes quelque chose de commun, et, cependant, elles diffèrent beaucoup les unes des autres, comme nous allons le voir dans la brève énumération que voici :

1° La *méthode préventive* consiste à *détruire* ou *atténuer* la cause, ou à l'éviter d'une façon ou d'une autre, de telle sorte que le corps humain en reste indemne. — *a.* La *méthode antiseptique* introduite par Lister est un bon exemple de cette catégorie, car elle tend à *détruire la cause* avant qu'elle agisse. — *b.* Le *séjour* dans des localités élevées, le bon *drainage*, en sont aussi des exemples en ce que leur observation *atténue* ou *dilue* de telle sorte les causes des affections qu'elles deviennent sans danger. — *c.* La *propreté absolue*. Les systèmes *aseptiques* sont basés sur la possibilité d'éloigner complétement certains agents sans les détruire à proprement parler ;

2° La *protection* consiste à *modifier favorablement l'hôte possible des cultures*, afin de lui permettre de résister aux parasites virulents. Cela peut s'obtenir soit : — *a.* en augmentant sa *force* et son *activité* par le régime, la chaleur, l'activité fonctionnelle, enfin par diverses conditions hygiéniques (Wargunin) ; — *b.* en rendant ses tissus et ses liquides *milieux défavorables* pour la *germination* ou l'*entier développement* des parasites. Les inoculations et la vaccine jennériennes sont des bons exemples de cette méthode protectrice, qui, sous l'influence de Pasteur et de beaucoup d'autres savants, a pris une si large extension ; — *c.* en établissant la *tolérance* aux parasites (Sewall, 1887) ;

3° Les *méthodes curatives* consistent à *atténuer* ou à *détruire* complètement le virus origine de l'affection *après sa pénétration dans l'organisme*. — *a.* La *destruction du parasite dans l'intérieur de celui qui le porte, est encore à chercher actuellement.* — *b.* *L'atténuation de la virulence* peut être obtenue par l'introduction dans le sang et les tissus de quelque produit s'opposant à l'entier développement du parasite, ou modifiant les tissus et les liquides du corps de telle façon que leur résistance augmente à l'extension du parasite ou de ses produits. C'est ce qui semble être le principe le plus important de la vaccination de Pasteur contre l'hydrophobie. — *c.* La *neutralisation de l'action physiologique du virus au moyen de son antagoniste physiologique*. Par exemple, l'atropine est l'antagoniste de la muscarine. Lauder Brunton a attiré l'attention, en 1873, sur la possibilité d'appliquer ce principe au traitement du choléra. La même méthode a été employée contre l'empoisonnement par morsures de serpents par Wynter Blyth, en 1877, et Lacerda, en 1881. — *d.* La *destruction et l'éjection du substratum* ou terrain qui a été contaminé par le parasite, telles semblent apparamment être les vues qui ont guidé Koch dans l'usage de sa lymphe. L'action de ce produit sur les tissus est, cependant, du même ordre d'idée que celle des substances employées dans quelques-unes de méthodes que nous venons de signaler, mais dans une mesure beaucoup plus large, et il est fort probable que l'opinion de Koch aura à se modifier plus ou moins.

— Dans cette tentative d'analyser les diverses méthodes qui ont été proposées, j'ai séparé des procédés qui, pour beaucoup d'entre eux, peuvent agir simultanément. Cela n'a cependant pas de grandes conséquences, car mon but était moins de donner un aperçu de chacune des méthodes que de tracer le développement des idées qui sont les bases du traitement des maladies microbiennes. C'est ainsi que j'espère avoir pu vous montrer comment la science prépare la voie aux branches les plus élevées de l'art médical, c'est-à-dire les médecines préventive, protectrice et curatrice.

REVUE DES JOURNAUX

DIPHTÉRIE

(Suite) (1)

V. — SUR LE TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRIE, par le professeur LOEFLER. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 10, p. 353.)

VI. — PROCÉDÉ POUR REMÉDIER AUX RÉTRÉCISSEMENTS LARYNGÉS CONSÉCUTIFS A LA DIPHTÉRIE, par le Dr THOST. (*Ibidem*, 1890, n° 48, p. 1096.)

V. — Innombrables sont les remèdes préconisés de côté et d'autre contre la diphtérie, et le praticien est très embarrassé lorsque, rebuté par les insuccès d'une médication à laquelle il a donné ses préférences pendant quelque temps, il se voit contraint de porter son choix sur un remède moins infidèle. Or il n'est pas à méconnaître qu'il y a du vrai dans ce qu'on dit de l'efficacité de bien des médicaments topiques vantés contre la diphtérie. Que si cette efficacité est inconstante cela peut tenir souvent à la technique du mode d'application, à une insuffisance de dose ou de degré de concentration, etc., toutes questions sur lesquelles il était difficile de s'éclairer, avant la découverte de l'agent pathogène de la diphtérie, contre lequel sont dirigés en somme les médicaments topiques dont on espère la guérison de cette maladie. Aujourd'hui que l'on croit connaître cet agent pathogène, une base sûre s'offre pour l'étude de ces médicaments topiques. Eprouver *in vitro* l'action parasiticide de ces médicaments, sur des cultures du bacille de la diphtérie, rechercher quel mode d'application et quel degré de concentration sont nécessaires pour empêcher les germes pathogènes d'éclore ou pour stériliser les cultures déjà écloses constitue une méthode qui pourra fournir au clinicien, non point des indications infaillibles, mais des renseignements d'une valeur incontestable, propres à l'éclairer dans le choix des remèdes topiques à opposer à la diphtérie. M. Loefler vient d'appliquer cette méthode à l'étude d'un grand nombre de substances réputées parasiticides. Voici un exposé fidèle des résultats qu'il annonce.

Deux moments sont à prendre en considération dans la lutte dirigée contre le bacille de la diphtérie : Il s'agit d'abord de s'opposer à l'immigration des bacilles de la diphtérie, immigration dans les muqueuses intactes des sujets sains, immigration dans les muqueuses encore indemnes, chez les sujets déjà affectés de la diphtérie. Ce résultat peut être atteint soit qu'on porte au contact des muqueuses, des médicaments qui s'opposent au développement des bacilles spécifiques, soit qu'on emploie des agents qui tuent en très peu de temps les bacilles déjà fixés sur les muqueuses. Naturellement les substances employées ne devront pas endommager les muqueuses avec lesquelles elles viennent en contact, ne devront pas non plus produire des effets toxiques, après leur absorption, même quand on en fait un usage prolongé.

En second lieu, les médicaments employés devront anéantir les bacilles agglomérés en amas considérables dans les couches superficielles des fausses membranes, afin que ces amas ne puissent être le point de départ d'une immigration des organismes pathogènes vers les parties intactes.

Enfin, pour les expériences de laboratoire on devra se placer dans des conditions aussi favorables que possible au développement des bacilles pathogènes, comme cela se passe à la surface des muqueuses des jeunes sujets. Ces conditions favorables, M. Loefler a cru les réaliser en utilisant comme milieu de culture le mélange bien connu composé de : sérum de sang de bœuf 4 parties, bouillon bien neutralisé 1 partie, additionné de peptone 1 0/0, de sucre de raisin 1 0/0, chlorure de sodium 0,5 0/0, et en opérant à la température de 37°,5. Je passe sur les renseignements relatifs à la technique expérimentale, pour m'en tenir aux seuls résultats qui intéressent directement le thérapeutiste.

Le *sublimé* a justifié sa réputation déjà ancienne d'agent très efficace contre la diphtérie. Des solutions à 1/10,000 ont anéanti instantanément les germes pathogènes ensemencés à la surface du sérum de culture. Voire que la plupart des germes ont péri pour avoir été mis en contact avec une solution à 1/20,000. L'action parasiticide du sublimé a été moins éclatante sur les cultures déjà écloses du bacille spécifique. Pour obtenir l'anéantissement des bacilles jusque dans les couches les plus profondes du milieu de culture, il a fallu maintenir au contact de celui-ci, pendant vingt secondes, une solution de sublimé à 1/1,000.

Le *cyanure de mercure* très vanté dans ces derniers temps pour son efficacité contre la diphtérie, en solution à 1/10,000, a en effet détruit instantanément presque tous les germes déposés à la surface du milieu de culture, quand il était manié à ce degré de dilution. La destruction des germes a été complète, avec des solutions un peu plus concentrées (1/8,000). Des solutions à 1/1,000, mises en contact avec une culture du bacille spécifique, pendant vingt secondes, n'ont pas stérilisé la culture dans toute son épaisseur. Ce résultat n'a pu être obtenu qu'avec des solutions à 1/200. Toutefois M. Loefler est d'avis que des applications répétées de la solution à 1/1,000 donneraient également le même résultat, mais ne suffiront pas pour tuer tous les bacilles contenus dans une fausse membrane.

M. Loefler compte beaucoup sur l'efficacité des *préparations d'argent*. En solution à 1/1,000, le nitrate d'argent, après une durée d'application de une à dix secondes, a maintenu stérile pendant un jour la surface du sérum de culture. Pour arrêter définitivement l'éclosion des colonies, il a fallu employer des solutions beaucoup plus concentrées (1/150). Quant au reste, ces mêmes solutions ont été sans action sur les cultures déjà écloses, même après une durée d'application de vingt secondes.

Le chlorure d'argent, en suspension dans une solution d'hyposulfite de soude, dans la proportion de 1/7,500 à 1/10,000, a été signalé par von Behring comme très efficace contre le gonococcus ; en inhalations, cette même préparation a donné de très bons résultats à M. Loefler dans 4 cas de coqueluche. A ce même degré de concentration la solution a manifesté une action parasiticide très marquée contre le bacille de la diphtérie.

Avec le *permanganate de potasse*, il a fallu des solutions à 2 0/0 et une durée de contact de dix secondes, pour stériliser la surface du sérum de culture ; il a fallu des solutions à 5 0/0 à une durée de contact de vingt secondes, pour stériliser dans toute leur épaisseur les cultures déjà écloses.

Avec le *chlorate de potasse* (solution à 5 0/0), l'*eau de chaux* saturée, l'*eau oxygénée* (1 0/0), l'*acide sulfurique* (solution à 1,25 0/0), l'*acide formique* (solution à 1 0/0), l'*acide lactique* (1 0/0), après une durée de contact de dix secondes, M. Loefler n'a obtenu que des résultats insuffisants, voire que le résultat a été nul avec le chlorate de potasse (solution à 5 0/0) après une durée de contact de soixante secondes.

L'*iode* en solution aqueuse a été complètement inefficace. Des solutions iodo-iodurées (iode 5 parties, iodure de potas-

(1) Voir le numéro précédent.

sium 10 parties, eau 300 parties) ont stérilisé les cultures après une durée de contact de vingt secondes.

Le *brôme* en solution aqueuse à 1 0/0, a exercé une action très manifeste sur les germes ensemencés à la surface du sérum de culture; mais pour prévenir sûrement l'éclosion des colonies, il a fallu des solutions à 1/300 ou 500, et pour stériliser les cultures déjà écloses, il a fallu des solutions à 2,5 0/0 et une durée de contact de vingt secondes.

L'*eau de chlore* (0,009 de chlore par centimètre cube d'eau) détruisait les germes ensemencés même après dilution considérable (1/1100) et au bout de dix secondes de contact. L'eau de chlore non diluée stérilisait les cultures déjà écloses après vingt secondes de contact.

Le *chlorure de chaux* en solution concentrée a manifesté une action parasiticide très énergique.

Le *trichlorure d'iode* à l'état de solution à 1/1,000 a détruit les germes ensemencés à la surface du sérum de culture après dix secondes de contact.

Le même résultat a été obtenu instantanément avec l'*alcool absolu* et avec l'*éther*. C'est un mélange de ces deux corps (alcool 50 parties, éther 25 parties, eau 25 parties) qui a donné les effets parasiticides les plus sûrs. Par contre, il a été impossible de stériliser les cultures avec l'alcool absolu et avec l'éther, même après une durée de contact de vingt secondes.

L'*alcool allylique*, qui, d'après Koch, est doué d'un pouvoir parasiticide très énergique contre la bactéridie charbonneuse, n'a manifesté qu'une très faible action sur les ensemencements de germes diphtéritiques.

Par contre, l'*alcool benzylique* et le *chloroforme* ont stérilisé ces ensemencements après dix secondes de contact.

L'*acide phénique* en solution à 1 0/0 a été inefficace; ce n'est qu'en solution à 3 et 4 0/0 que l'acide phénique a arrêté momentanément l'éclosion des germes. Une solution à 2 0/0, additionnée de 20 à 40 0/0 (en volume) d'alcool, était douée d'une action parasiticide bien manifeste. D'autre part, les cultures du bacille de la diphtérie ont été stérilisées, après un contact de vingt secondes, avec une solution d'acide phénique à 5 0/0, ou avec une solution à 3 0/0 contenant 30 0/0 d'alcool, en volume.

Le *lysol*, en solution à 2 0/0, a stérilisé les ensemencements après une durée de contact de dix secondes. Par contre, les cultures n'ont pas été stérilisées, après une durée de contact de vingt secondes, avec une solution à 5 0/0.

Les *crésols* o., p. et m. ont donné des résultats sensiblement pareils à ceux de l'acide phénique.

L'*acide salicylique* et la *résorcine* n'ont donné que de mauvais résultats.

Avec l'*hydrochinon* et la *benzcatéchine*, les résultats ont été relativement satisfaisants.

M. Loefler a également expérimenté avec une série très nombreuse d'*huiles essentielles*, dont quelques-unes ont manifesté une action parasiticide très énergique. Il en a été de même pour un certain nombre d'*hydrocarbures*, parmi lesquels nous mentionnerons l'anisol, le phénétol, le tolnol, le benzol.

— Après avoir exposé les résultats de ses recherches expérimentales, M. Loefler a eu soin de faire remarquer que beaucoup des substances trouvées efficaces contre le bacille de la diphtérie ne sauraient faire l'objet d'applications cliniques, à cause de leur toxicité. Il en est d'autres, par contre, relativement inoffensives, qui méritent d'être expérimentées dans la pratique, en badigeonnages ou en gargarismes.

Ainsi on pourra prescrire à titre de médication prophylactique, aux personnes bien portantes qui se trouvent en contact avec des malades atteints de la diphtérie, des gargarismes avec une solution de sublimé à 1/10.000 ou 1/15.000, ou mieux encore avec une solution de cyanure de mercure à 1/8.000 ou 1/10.000. L'eau chloroformée, l'eau de chlore contenant une partie de chlore pour 1100 parties d'eau, les solutions de thymol à 1/500, préparées avec de l'eau additionnée de 20 0/0 d'alcool, pourront servir aux mêmes fins. On devra user de ces gargarismes toutes les trois ou quatre heures au moins.

En inhalations on pourra employer l'essence de citron, l'huile d'eucalyptus, l'anisol, le phénétol, le benzol, le tolnol. Des tubes métalliques seront introduits dans les fosses nasales; ces tubes métalliques contiendront des tampons d'ouate imprégnés des substances en question. Les tubes seront maintenus dans le nez aussi longtemps que le médecin le jugera nécessaire.

Pour ce qui concerne le traitement de la diphtérie en voie d'évolution, on pourra recourir aux mêmes solutions antiseptiques indiquées ci-dessus, employées en gargarismes toutes les heures ou toutes les deux heures; mais en outre, toutes les trois ou quatre heures les malades devront se gargariser avec des solutions réalisant le degré de concentration nécessaire pour stériliser les cultures mêmes du bacille de la diphtérie, c'est-à-dire : des solutions de sublimé à 1/1.000, d'acide phénique à 3 0/0, le véhicule contenant 30 0/0 d'alcool, ou encore une solution d'acide phénique à 2 0/0, préparée avec parties égales d'alcool et d'essence de térébenthine. On pourra aussi recourir, à ces mêmes intervalles de temps, à des badigeonnages avec une solution d'acide phénique à 5 0/0 ou de brome à 2 0/0, ou de chlore à 1 0/0.

Dans le service du prof. Mosler, de Greifswald, le sublimé a été employé sous la forme susdite, dans les cas de diphtérie les plus graves. Les résultats obtenus ont été des plus satisfaisants. Il en a été de même dans le service du prof. Strübing, à la suite de l'emploi de solutions d'acide phénique à 3 0/0, préparées avec de l'eau alcoolisée dans la proportion de 30 0/0. Au bout de quelques jours de traitement, on pouvait constater que les bacilles spécifiques avaient disparu des fausses membranes. Les gargarismes phéniqués étaient d'abord désagréables aux malades qui s'y habituaient très rapidement. Incidemment M. Loefler a fait remarquer que les mêmes remèdes ont donné de très bons résultats dans le traitement de la diphtérie scarlatineuse, engendrée par le streptococcus, que, d'autre part, aucun des malades soumis à ce traitement n'a présenté le phénomène de la carbolurie (passage de l'acide phénique dans les urines).

VI. — Chez les enfants indociles, il est souvent impossible de recourir à l'emploi des sondes en métal ou en caoutchouc dur, introduites par la bouche, pour détruire les rétrécissements du larynx, consécutifs à la trachéotomie. Dans l'idée de tourner cette difficulté, M. Thost a fait construire des dilatateurs en caoutchouc dur, d'une faible longueur, à section transversale triangulaire, avec arêtes arrondies, se terminant supérieurement par une extrémité conique. Cette espèce de bouchon de 3 centimètres de hauteur, à direction verticale, est muni d'une poignée de 13 centimètres de long, qui s'articule à angle droit, avec le bouchon conique, permettant d'introduire celui-ci dans le larynx avec la force voulue. On dispose naturellement d'un choix de bouchons de différents calibres. Une fois qu'on s'est renseigné sur le calibre qui convient pour une première tentative, on introduit quotidiennement l'instrument à travers la fistule dans le larynx, de bas en haut, en passant successivement d'un numéro faible à un numéro plus fort. Pour pouvoir laisser l'instrument longtemps

en place, M. Thost a fait construire des modèles en métal, et il a fait relier le manche au dilatateur par un système de vis, de telle sorte que le manche puisse être facilement éloigné. La partie inférieure du dilatateur a été évidée en forme de gouttière adaptée à une cranule trachéale ordinaire qu'on y fixe en ramenant par dessus les bords de la gouttière. La canule et le dilatateur forment ainsi un tout qu'on introduit dans le larynx et qu'on laisse en place pendant des heures, après avoir dévissé la poignée. Pendant la nuit, on introduit une canule de Stœrk, l'ouverture de la canule étant maintenue bouchée.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

MALADIES DU FOIE

(*Suite*) (1).

II. — Contribution a l'étude des lésions viscérales dans la syphilis héréditaire. — Lésions du foie, par L. Hudelo. — Steinheil, 1890. Thèse de Paris.

II. — Les lésions hépatiques de la syphilis héréditaire peuvent se développer à deux moments : ou bien avant la naissance et pendant les premières années de la vie (*syphilis héréditaire précoce*) au bien plus tard, entre 10 et 20 ans (*syphilis héréditaire tardive*).

A. — *Syphilis héréditaire précoce.* — L'histoire des lésions hépatiques dues à la syphilis chez les nouveau-nés, ne remonte pas au delà de 1847, avec Gubler, qui en 1852 établissait le type anatomo-pathologique du foie silex avec grains de semoule (hépatite interstitielle diffuse). Plus tard, à la suite de travaux nombreux, Vidal en 1860 put décrire daus sa thèse d'agrégation l'hépatite gommeuse que Virchow avait mentionnée chez l adulte.

— Les lésions hépatiques sont une manifestation fréquente de la syphilis héréditaire, mais elles affectent surtout la forme du foie silex de Gubler. Les conditions étiologiques sont la syphilis des parents, de préférence des deux, mais surtout la virulence de la syphilis transmise. Les cas où la mère n'est infectée qu'après la conception, le père étant sain à ce moment, ou ceux dans lesquels l'infection paternelle atteint le fœtus en respectant la mère, peuvent donner lieu à l'infection syphilitique, et, par conséquent, à l'induration hépatique, malgré l'opinion contraire de Diday.

— Après le foie simplement congestionné, sans induration ni gomme, nous trouvons le foie silex de Gubler (généralisé et partiel.)

Dans la *forme généralisée*, le foie est gros, globuleux, turgide; sa coloration est jaune *silex*, uniforme, générale, s'accompagnant d'une demi-transparence toute spéciale, sans qu'on puisse distinguer les lobules.

La surface est lisse; sa consistance, élastique, a augmenté. L'incision montre une surface de section exsangue, mais d'où s'écoule une sérosité abondante.

Le plus souvent, la lésion du foie n'est que *partielle*, par îlots isolés au milieu du parenchyme sain, siégeant surtout au niveau du bord tranchant, près du ligament suspenseur, dans le lobe de Spigel. Au milieu, on trouve des grains de semoule, mais pas en dehors de ces îlots.

— Ces lésions peuvent débuter dès le 4e ou 5e mois de la grossesse.

(1) Voir le numéro précédent.

— L'hépatite gommeuse est rare; selon le volume des productions gommeuses, on peut lui reconnaître trois degrés :

1° *L'hépatite avec syphilomes miliaires*, mise en lumière par Gubler (grains de semoule) et accompagnant le foie silex. Ce sont des grains blancs, opaques, surtout confluents au niveau des lésions silex partielles, du ligament suspenseur, du lobe de Spigel. Quel que soit leur volume, ils ne font pas saillie à la coupe, on ne peut les énucléer du parenchyme et souvent on ne peut les voir qu'à la loupe.

2° *L'hépatite gommeuse nodulaire* est plus rare, elle ne s'observe que chez les nouveau-nés et encore après plusieurs mois de vie. Le foie peut être accru ou normal. En dehors des nodules, il est brun rouge ou présente par places une coloration jaunâtre.

Les nodules gommeux varient d'une tête d'épingle à un pois, ils ont une forme arrondie et siégent soit à la surface, soit dans la profondeur de l'organe. Ils forment une légère saillie, blanc grisâtre, un peu translucide à la périphérie ou jaunâtre; leur consistance est ferme, ils ne sont pas énucléables.

3° *L'hépatite avec tumeurs gommeuses* se voit peu dans la syphilis héréditaire précoce. Les gommes ont les mêmes caractères que chez l'adulte. En dehors d'elles, le foie peut être très peu altéré et cette altération dépend de l'hépatite concomitante.

On a décrit également un foie amyloïde, mais il est rare chez le fœtus et le nouveau-né. La dégénérescence amyloïde est partielle et c'est une lésion, quand elle existe, purement histologique.

— Les lésions des *organes annexes* sont variables. Dans le foie silex, il y a le plus souvent un épaississement marqué de la capsule de Glisson et, à la fin de la vie, on peut constater des traces de périhépatite, manifeste surtout quand le foie présente des productions gommeuses, au niveau desquelles on peut observer de véritables adhérences entre le foie et le diaphragme.

Les vaisseaux biliaires sont en général normaux. L'hypertrophie splénique est fréquente, on trouve aussi parfois un peu d'ascite.

— Les lésions microscopiques sont très accusées dans les foies syphilitiques anciens. En suivant les lésions dans leur ordre d'apparition, on peut les ranger sous différents chapitres :

1° *Congestion capillaire avec stase leucocytique.* — Les travées cellulaires du lobule sont intactes, les capillaires dilatés, ces caractères sont marqués surtout dans les régions sous-capsulaires. Les espaces portes sont occupés par un tissu conjonctif peu serré et jeune, il y a quelquefois aussi une infiltration miliaire dans les espaces intertrabéculaires.

2° *Infiltration embryonnaire généralisée.* — Les trabécules sont normaux ou déjà déformés et aplatis; rompues par place les cellules hépatiques sont conservées. Dans les espaces intertrabéculaires, on trouve une injection énorme de noyaux, rompant par place les trabécules hépatiques : ils sont disposés en amas entre les travées, surtout fréquents au voisinage des espaces portes. Ceux-ci sont élargis par la riche infiltration de noyaux dont ils sont le siège. Ces noyaux se voient surtout autour des vaisseaux, entourant la veine porte d'un véritable manchon, et en pénétrant les parois en les épaississant. Par contre, on n'observe rien de semblable autour des veines sus-hépatiques.

On ne sait encore exactement si ces noyaux viennent des cellules conjonctives, des globules blancs du sang, et si les cellules hépatiques prennent part à leur formation.

3° *Ilots scléreux limités.* — On ne les rencontre que quand la lésion est jeune; on les a vus :

Dans les bandes scléreuses extralobulaires, ayant probablement pour centre un espace porte.

Dans le parenchyme lobulaire, de même origine ; enfin, au sein des lobules hépatiques, entourés de travées cellulaires très nettes. Il est probable une ces derniers îlots représentent un stade histologique précédant la sclérose diffuse. Comme ils s'accompagnent toujours d'une infiltration embryonnaire, on pourrait les considérer aussi comme de véritables cicatrices de gommes.

4° *Sclérose interstitielle diffuse.* — C'est la lésion histologique du foie silex, appelée par Gubler induration plastique du foie. Lorsqu'elle est jeune, les noyaux sont prédominants; dans la lésion ancienne, il y a, au contraire, prédominance du tissu fibreux.

Les trabécules cellulaires, sont déformés, aplatis renfermant à côté de cellules normales, des cellules atrophiées, mais gardant leur noyau. Le tissu de sclérose répond d'une part aux capillaires sanguins qu'il a remplacés, d'autre part aux cellules hépatiques qu'il a disjointes. Les capillaires sanguins sont en effet, impossibles à retrouver, l'endothélium a disparu; cet état confirme ce qu'avait avancé Gubler, en disant que les vaisseaux ne sont pas injectables dans le foie silex.

Les veines sus-hépatiques sont normales.

Les espaces portes paraissent élargis, le tissu fibreux empiétant sur les lobules voisins, à côté de canaux biliaires normaux, et sans trace de néoformation. Les artères se montrent aussi indemnes.

Mais les veines portes dans les petits espaces semblent rétrécies, leurs parois sont épaissies, et dans certains cas la veine porte peut s'oblitérer.

Hayem avait décrit des lésions des lymphatiques dont il ferait l'origine de la cirrhose syphilitique. Ces lésions n'ont pas été retrouvées.

— Le point de départ de la lésion semble la veine porte extralobulaire et celle-ci semble être l'agent conducteur de la sclérose.

5° *Grains de semoule* (Gubler). — C'est Virchow qui, le premier, les a considérés comme des gommes miliaires.

Leur siège varie : en plein parenchyme acineux, ou près d'une veine sus-hépatique, ou dans les espaces portes, dans lesquels ils peuvent être contigus à la veine.

Ovalaires ou arrondis, ils peuvent avoir cinq ou six fois les dimensions d'un petit espace porte, et se montrent sans zone conjonctive enveloppante.

Ils consistent tantôt en *amas embryonnaires* semés dans les bandelettes fibreuses lobulaires ou dans les traînées de noyaux, ou bien encore dans les espaces portes; tantôt en *syphilomes miliaires proprement dits*, qui ne sont que les précédents à un stade plus avancé, et formés de noyaux égaux, tassés, sans tissu interposé.

Il est probable que ces productions sont d'origine vasculaire, sans qu'on puisse préciser si elles se forment par diapédèse ou par prolifération de l'endothélium des capillaires.

6° *Hépatite nodulaire gommeuse.* — Rare. Les nodules beaucoup plus volumineux que les syphilomes miliaires, n'ont pas de siège déterminé. Ils sont en général à cheval sur deux ou trois lobules hépatiques : leur forme est arrondie, polycyclique parfois. Tantôt ils sont formés de noyaux sans dégénérescence centrale, tantôt le centre est amorphe, opaque, renfermant une ou plusieurs cellules géantes, les gommes ne s'enkystent pas. Les espaces portes inclus sont infiltrés de noyaux, et les veines portes seules sont atteintes, rétrécies, quelquefois oblitérées.

Quant à leur origine, ils proviennent des syphilomes miliaires, et c'est l'intensité de la prolifération cellulaire qui amènerait la nécrobiose du centre.

7° *Tumeurs gommeuses.* — Elles sont exceptionnelles au début de la vie, et ont la structure des gommes chez l'adulte. Elles sont entourées d'une ceinture conjonctive, mais qui ne les enkyste pas. Les vaisseaux contenus dans ces tumeurs, s'oblitèrent rapidement.

C'est dans ces foies à grosses gommes qu'on rencontre la dégénérescence amyloïde.

En somme, ce qui domine dans les caractères du foie syphilitique héréditaire, c'est la diffusion des lésions, commençant par la congestion avec accumulation nucléaire pour aboutir à l'infiltration généralisée, et soit à la sclérose, soit au syphilome miliaire. Cette marche répond au *mode d'infection*, qui est le sang et tient à l'âge des sujets : la syphilis héréditaire, comme l'a montré M. Hutinel, pour le testicule, prenant les sujets à un âge où leurs viscères sont hors d'état de lutter contre l'infection sanguine.

— Les SYMPTÔMES sont encore entourés d'obscurité.

a. — Dans un grand nombre de cas la femme avorte et l'enfant est mort-né. On ne peut que soupçonner la lésion et l'existence de l'hydramnios ne saurait, ainsi que Parrot l'a montré, avoir l'importance d'un signe pathognomonique.

b. — Si l'enfant naît à terme mort ou vivant, il n'y a pas de signe non plus qui permette de diagnostiquer la syphilis héréditaire du foie.

c. — Si l'enfant naît sans signes extérieurs de syphilis et ne présente qu'au bout d'un mois des manifestations de sa maladie, on peut soupçonner les lésions hépatiques en présence d'hémorrhagies multiples (nez, ombilic, bouche, intestin, rein, peau). Il y a déjà à ce moment de la tuméfaction du foie, de la rate et du ventre. L'enfant maigrit et prend la teinte bistrée particulière. Des troubles digestifs (alternatives de constipation et de diarrhée) apparaissent, et le foie, gros, donne à la palpation une dureté anormale : l'ascite et l'ictère sont des symptômes inconstants et rares.

A la période terminale les symptômes digestifs s'exagèrent et la cachexie apparaît. La mort d'après Gubler serait précédée de signes de péritonite.

Chez les malades où la syphilis attend plusieurs semaines pour se manifester, l'évolution est rapide, bien que les enfants puissent présenter une survie de deux mois après le début des accidents.

Chez ceux qui naissent en pleine évolution syphilitique, la mort peut survenir en quelques heures ou quelques jours.

Cependant le pronostic ne doit pas être trop sombre : si un traitement est institué, les enfants peuvent survivre et Parrot considère la syphilis hépatique comme moins grave que la pulmonaire ou l'intestinale.

B. — *La syphilis hépatique héréditaire* tardive a été étudiée par Leudet, Lancereaux, Hutchinson, Barthélemy et par le professeur Fournier. Elle n'est pas fréquente et se montre surtout de 10 à 20 ans et jusqu'à 35 ans, elle se rencontrerait surtout chez les filles au moment de la puberté.

Les malades ne succombant qu'à une époque où les lésions sont anciennes, on n'en connaît pas le début. Avec Fournier on admet trois formes :

a — *Les foies cirrhotiques*, siège d'une hypertrophie générale ou partielle, à surface granuleuse, ou plus souvent à bosselures séparées par des fissures. La lésion peut aboutir à l'atrophie produite par les bandes scléreuses enserrant au hasard le parenchyme, qu'elles divisent en lobules. La consistance est accrue, et la formation scléreuse peut s'accompagner de nodules gommeux, et de dégénérescence amyloïde.

b. — *Les foies gommeux*, fréquents. Les gommes, du volume d'une tête d'épingle à une lentille, siègent à la surface ou dans les profondeurs des viscères, et sont toujours accompagnées d'une cirrhose plus marquée que dans la première enfance. Quelquefois les gommes atteignent le volume d'une noisette ou d'une noix.

c. — *Les foies amyloïdes*, hypertrophiés, lisses, pâles, lardacés.

En réalité, il n'y a pas de différence dans le mode d'action de la syphilis héréditaire sur le foie, à quelqu'âge qu'elle le frappe. Seulement dans la syphilis précoce, les lésions sont plus diffuses, ce qui tient à la virulence de l'infection et à l'âge des sujets.

— Le début de la syphilis hépatique tardive est insidieux, et consiste en des troubles digestifs vagues, accompagnés quelquefois d'ascite et d'ictère.

Dans la période d'état, la *forme congestive* se manifeste par une hypertrophie du foie, avec sensibilité à la pression, troubles digestifs, accompagnés de pâleur et d'affaiblissement. Il n'y a ni ascite, ni splénomégalie.

La *forme gommeuse* est latente. L'ascite est exceptionnelle, l'ictère fait défaut.

Le foie, souvent hypertrophié, est déformé, noueux. La rate est hypertrophiée.

La *forme interstitielle* est celle qui présente les signes les plus nets. Le début en est le plus souvent insidieux, accompagné d'un état général languissant, d'un peu de subictère, de sensibilité du foie, et la mort peut survenir sans plus de symptômes. Ou bien, le foie grossit et une ascite se développe, sans réaction, récidivant malgré les ponctions, le tout accompagné de symptômes gastro-intestinaux. A ce moment, les malades ressemblent à des tuberculeux.

Le foie est hypertrophié, induré, à bord irrégulier, marronné. La présence de gommes laisse sentir des nodosités dures ou fluctuantes.

La dégénérescence amyloïde du foie, la périhépatite, de la splénomégalie, des altérations rénales, compliquent la maladie qui prend une allure subaiguë ou chronique.

— Toutes les formes peuvent se terminer par la guérison, mais, surtout la forme congestive. La durée de la maladie est indéterminée.

Le diagnostic, on le conçoit, devra se faire avec toutes les hypertrophies du foie, mais, c'est surtout avec la forme hypertrophique graisseuse chez les tuberculeux (Hutinel) que le diagnostic sera difficile.

H. BARBIER.

(*A suivre.*)

BULLETIN

LA QUESTION DU CHLOROFORME. — ANESTHÉSIE CHIRURGICALE PAR LA COCAINE.

— Peut-on prévoir qui l'emportera définitivement dans le débat depuis longtemps ouvert entre physiologistes et chirurgiens au sujet du chloroforme? Cette grande question de l'anesthésie opératoire paraît être restée stationnaire, malgré les recherches entreprises de différents côtés et à peu près dans tous les pays où la chirurgie est en honneur. Le désaccord que la dernière communication de M. Laborde a mis en relief une fois de plus est déjà de date fort ancienne et on a lieu de croire qu'il n'est pas près de finir, à voir l'accueil que les chirurgiens font aux propositions de leurs adversaires. Nous avons eu mardi un nouvel exemple de cette sorte de parti pris en voyant M. Labbé faire à nouveau le procès de la compétence des physiologistes vis-à-vis d'un sujet qui est certainement au premier rang parmi ceux où cette compétence pourrait être invoquée. On admettrait peut-être volontiers que les opérateurs préfèrent leur propre expérience aux enseignements du laboratoire. On acceptera moins facilement qu'ils repoussent de propos délibéré l'aide de celui-ci, en rejetant pour ainsi dire par avance toute application des faits expérimentaux à la clinique.

A raisonner ainsi, il y aurait une inconséquence évidente et un manque de logique bien fait pour étonner, quand on voit d'autre part le rôle que l'expérimentation a joué dans les progrès des sciences médicales depuis vingt ans.

Il n'est guère de question chirurgicale à laquelle elle n'ait participé dans une certaine mesure et journellement encore elle est mise à contribution par la clinique. *A priori*, on ne voit donc pas pourquoi la question du chloroforme aurait le privilège d'échapper à son contrôle si souvent invoqué.

De fait, en matière de chloroformisation, les chirurgiens n'ont eu longtemps d'autre guide que leur expérience individuelle, c'est-à-dire une sorte d'empirisme plus ou moins déguisé qui a laissé subsister un certain nombre d'inconnues dont la solution pourrait seule leur permettre de devenir maîtres de l'anesthésie, comme, dans un autre ordre de faits, ils sont devenus maîtres de l'antisepsie et de l'asepsie. Parmi ces inconnues redoutables, se place au premier rang la connaissance des causes de la mort sous l'influence des anesthésiques; on a formulé sur ce point bien des hypothèses, mais la question subsiste presque entière et la clinique n'a pu encore à elle seule la résoudre. On pourrait, il est vrai, adresser le même reproche à l'expérimentation : cela prouverait simplement que le problème est particulièrement difficile et que le concours des deux branches de la science n'est pas de trop, quand il s'agit d'en trouver la solution.

De même quand il s'agit de rechercher les moyens d'empêcher la mort imminente chez certains sujets soumis au chloroforme : ces moyens ne seront jamais trop nombreux, et on ne doit en dédaigner aucun, malgré qu'ils puissent être parfois encombrants et d'un usage peu commode. Voilà pourquoi on doit approuver sans réserve ceux qui, à l'exemple de M. Laborde, cherchent à perfectionner, en les rendant pratiques, les procédés grâce auxquels les chirurgiens doivent un jour pouvoir écarter définitivement cette éventualité si redoutable de la mort par le chloroforme. En pareille matière, le luxe des précautions ne saurait être superflu : et, dans tous les cas, arguer de la différence qui existerait au point de vue physiologique entre l'homme et les animaux nous paraît ici être une fin de non-recevoir inadmissible et une objection sans valeur.

— Nous venons de parler des anesthésiques, on trouvera donc naturel que nous placions à leur suite quelques remarques sur la cocaïne, au sujet de laquelle M. Magitot rédigeait dernièrement un rapport académique soigneusement étudié. De même que le chloroforme, la cocaïne a eu ses détracteurs et ses partisans : les premiers plus nombreux peut-être, les seconds, en revanche, particulièrement convaincus. Un de ces derniers, M. P. Reclus, a beaucoup étendu les applications chirurgicales du médicament, au point de le faire servir à l'exécution de la plupart des opérations, même celles réputées les plus difficiles. On comprendra cette faveur, si l'on songe aux avantages incontestables de l'anesthésie par la cocaïne, tels que la limitation de cette anesthésie au champ opératoire et la conservation de la sensibilité générale du sujet. Cette dernière

circonstance surtout est d'importance majeure et tous ceux qui ont assisté à un cas de mort sous le chloroforme l'apprécieront comme il convient. Il est vrai que, de même que les anesthésiques généraux, la cocaïne a ses inconvénients et ses dangers qui peuvent provenir d'une intoxication générale du sujet : témoin, le cas de mort survenu chez un individu après l'absorption de 1 gr. 50 de cocaïne par le rectum et les faits nombreux d'agitation excessive et d'accidents cérébraux graves, à la suite de l'injection sous-cutanée de doses un peu fortes. Malgré ces dangers, on comprend la préférence de certains chirurgiens pour un agent moins aveugle, plus maniable que le chloroforme, et dont ils peuvent plus facilement pratiquer le dosage tout en conservant un puissant moyen de contrôle dans l'intégrité de la sensibilité générale du sujet. M. Magitot a formulé, du reste, à la fin de son rapport, les règles qui doivent présider à son emploi et il a signalé aussi avec soin les contre-indications, lesquelles diffèrent peu de celles du chloroforme, car nous y voyons figurer au premier rang les cardiopathies et l'état nerveux excessif. En résumé, il semble que la cocaïne soit appelée désormais à être l'anesthésique de choix pour les opérations de courte durée et pour tous les cas où l'on doit redouter un ébranlement nerveux exagéré. On voit par là que sa part sera encore très grande, sans que d'ailleurs elle puisse espérer détrôner un jour son rival, le chloroforme, qui a pour lui la puissance de l'usage et la sanction de cinquante années d'expérience.

P. M.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène de France, (présidence de M. Brouardel.)

— Le directeur de l'Assistance publique et de l'hygiène publique fait la communication suivante sur la situation sanitaire du 1er au 7 juin :

A Moulins, une épidémie de variole a sévi du mois d'avril au mois de juin 1891. Elle a été importée par un marchand ambulant. 48 cas ont été soignés à l'hôpital, sur lesquels 6 décès se sont produits.

La ville de Moulins et la commission consultative de l'hospice se sont entendues pour faire, à frais communs, l'acquisition d'une étuve à désinfection.

En outre, la municipalité a décidé de fournir régulièrement, à partir du 1er juin 1891, le bulletin de statistique sanitaire mensuel qu'elle n'avait pu établir jusqu'alors.

— M. Proust fait la communication suivante :

L'état des provinces de l'empire ottoman est généralement favorable depuis le cas de choléra mortel survenu à Alep le 22 mai ; la santé publique est bonne.

Toutefois, deux télégrammes des 1er et 2 juin signalent l'existence d'une épidémie meurtrière et, dit-on, contagieuse dans la Caza de Haram, Horam, Harim ou Hirem, à deux journées de marche à l'Ouest d'Alep ; il est à craindre que ce ne soit le choléra.

Sur l'avis du conseil sanitaire, les terrains où avaient campé les passagers du *Sculptor*, à Camaran, seront condamnés à n'être plus occupés cette année.

— M. A.-J. Martin lit un rapport sur les pouvoirs de l'administration en matière de fermeture de pharmacie illégalement ouverte.

Le pèlerinage à la Mecque. — Après une entente avec le comité consultatif d'hygiène publique de France, le conseil sanitaire de Tunis a pris certaines mesures au sujet des pèlerins pour la Mecque. Il a autorisé, cette année, le pèlerinage aux conditions suivantes :

Le transport des pèlerins sera effectué par voie directe sur des navires de toute nationalité. Ces bâtiments devront avoir un médecin à bord et être munis d'une étuve à désinfection et de pulvérisateurs. Le retour s'opérera de même. Les pèlerins qui ne pourront justifier du paiement de leur voyage, devront, pour obtenir leur passeport, fournir bonne et valable caution, s'engageant à rembourser les frais éventuels de leur rapatriement.

Le contrôle des appareils à désinfection sera exercé par le conseil sanitaire, qui s'assurera également de la présence à bord d'un médecin porteur d'un diplôme lui donnant droit à l'exercice dans le pays du port d'attache du bâtiment.

L'île de Zimbo est désignée pour la quarantaine des pèlerins.

Le choléra en Espagne. — Malgré les démentis des journaux officieux, plusieurs cas de choléra ont été constatés dans la province de Valence. Les autorités ont prescrit les mesures d'usage.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

Concours du prosectorat. — Voici les questions données au concours pour le protectorat de la Faculté :

Epreuve d'anatomie descriptive : *Paroi externe des fosses nasales*.

Epreuve de physiologie : *Circulation cérébrale*.

— Par décret en date du 5 juin 1891, les aspirants au doctorat en médecine doivent produire, en prenant la première inscription, le diplôme de bachelier de l'enseignement secondaire classique, avec mention : lettres-philosophie, et transitoirement le diplôme de bachelier ès lettres restreint.

Les diplômes de bachelier ès-lettres actuellement délivrés et ceux qui seront délivrés ultérieurement, en exécution des mesures transitoires arrêtées par le décret du 8 août 1890, et par le décret du 5 juin 1891, restent valables pour l'inscription, conformément aux règlements antérieurs.

Chemin de fer d'Orléans. — *Billets d'aller et retour de famille* pour les stations thermales de Chamblet-Néris (Néris), Evaux, Moulins (Bourbon-l'Archambault), Laqueuille la Bourboule et le Mont-Dore), Royat. — Réduction de 50 0/0 pour chaque membre de la famille en plus du troisième.

Il est délivré, du 15 Mai au 15 Septembre, dans toutes les gares du réseau d'Orléans, sous condition d'effectuer un parcours minimum de 300 kilomètres (aller et retour compris), aux familles d'au moins quatre personnes payant place entière et voyageant ensemble, des Billets d'Aller et Retour collectifs de 1re, 2e et 3e classe pour les stations ci-dessus indiquées.

Les Billets sont établis par l'itinéraire à la convenance du Public ; l'itinéraire peut n'être pas le même à l'Aller et au Retour.

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de six Billets simples ordinaires le prix d'un de ces Billets pour chaque membre de la famille en plus de trois.

La durée de validité des Billets, à compter du jour du départ, ce jour non compris, est de 30 jours.

Cette durée peut être prorogée une ou plusieurs fois d'une période de quinze jours. Chaque période de prolongation part de l'expiration de la période précédente et donne lieu à la perception d'un supplément de 10 0/0 du prix total du Billet.

La prolongation ne peut être demandée que pour les Billets non périmés.

Avis. — Les voyageurs obtiennent sur leur demande, soit à la gare de départ, soit au Bureau du Correspondant de la Compagnie, à Laqueuille, des Billets d'Aller et Retour réduits de 25 0/0 pour le Mont-Dore et la Bourboule.

Les demandes de Billets doivent être faites, quatre jours au moins avant celui de départ, à la gare où le voyage doit être commencé.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

A la Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Annales cliniques de l'Institut hydrothérapique de Saint-Didier (Vaucluse), par le Dr L. Bonamaison, directeur. — Premier fascicule : *Hystérie. — Neurasthénie.* — Une brochure in-8° de 90 pages. — Prix : 2 francs.

Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme, faites à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, par A. Pitres, Doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux. — Deux beaux volumes grand in-18 formant 1,100 pages avec 133 figures dans le texte et 16 planches hors texte. — Prix : 24 francs.

Annuaire de thérapeutique, troisième année, 1890. Précédé d'une introduction sur les progrès de la thérapeutique en 1890, par le Dr Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Cochin. — Un volume in-16 de 360 pages, cartonné. — Prix : 2 francs.

Librairie Félix Alcan, éditeur, boulevard Saint-Germain.

La Grande Chirurgie de Guy de Chauliac, chirurgien, maître en médecine de l'Université de Montpellier, composée en l'an 1363, revue et collationnée sur les manuscrits et imprimés latins et français, ornée de gravures, avec des notes, une introduction sur le moyen âge, sur la vie et les œuvres de Guy de Chauliac, un glossaire et une table alphabétique, par E. Nicaise, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Laënnec, ancien membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique. 1 vol. grand in-8 de 748-CXCII pages; 28 fr.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 31 MAI AU 6 JUIN 1891

Fièvre typhoïde, 7. — Variole, 0. — Rougeole, 34. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 5. — Diphtérie, croup, 27. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 216. — Autres tuberculoses, 29. — Tumeurs cancéreuses et autres, 52. — Méningite, 25. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 43. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 4. — Maladies organiques du cœur, 55. — Bronchite aiguë et chronique, 49. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 55. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 52. — Fièvre et péritonite puerpérales, 5. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 17. — Sénilité, 30. — Suicides et autres morts violentes, 30. — Autres causes de mort, 169. — Causes inconnues, 7. — Total 922.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE REDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr **F DE RANSE**
Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,**
J. ARNOULD (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 58, Av Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

TUBERCULOSE RÉNALE ASCENDANTE ET DESCENDANTE EXPÉRIMENTALE (1).

Par M. J. Albarran,

Chef de clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté.

A la suite de Conheim, qui avait considéré la tuberculose rénale comme une maladie d'excrétion, plusieurs auteurs étrangers, Roberts Smith, Wilkes, etc., ont nié la tuberculose ascendante du rein et M. Cayla, dans sa thèse, a essayé d'apporter l'appui de l'expérimentation à cette manière de voir.

Plusieurs ordres d'arguments tendent pourtant à prouver l'ascension jusqu'au rein de la tuberculose génito-urinaire.

En clinique, on voit souvent le rein se prendre après la vessie, mais on peut arguer dans ces faits de l'infection générale.

En anatomie pathologique, plusieurs pièces tendent à prouver l'ascension ; Dufour, Cornil, Viard, Cuffer en ont décrit ; mais ici encore on pourrait dire que le rein a été infecté par la voie circulatoire. En pathologie expérimentale, les seules expériences publiées, celles de M. Cayla, ont été négatives. Cet auteur a fait deux expériences : dans l'une, il introduit des cultures de tuberculose dans la vessie ; dans l'autre, des bacilles sont injectés dans l'uretère et l'auteur constate que les reins ne sont pas devenus tuberculeux.

Les faits négatifs n'ont jamais donné une démonstration, mais, en dehors de cette critique d'ordre général, on peut penser que M. Cayla n'a pas réussi parce qu'il ne s'est pas placé dans de bonnes conditions. Nous avons montré ailleurs que, même avec les microbes pyogènes vulgaires, même avec la bactérie pyogène urinaire, l'ascension jusqu'au rein ne réussit pas lorsqu'on pratique la simple injection de la culture dans la vessie ou dans l'uretère : il faut favoriser l'action pathogène des microbes en déterminant artificiellement la stagnation de l'urine. Il en est de même pour la tuberculose.

Nous avons injecté une culture pure de bacilles de Koch dans l'uretère et nous avons ensuite lié ce conduit. Cette injection a été faite le 15 janvier et notre lapin est mort spontanément quatre mois après, dans le dernier degré de l'amaigrissement.

A l'autopsie, nous constatons une dilatation considérable du bassinet et des calices qui sont remplis de matière caséeuse ; le rein lui-même est plus que doublé de volume. A la coupe, le parenchyme du rein présente une couleur violacée striée de lignes blanches ; c'est un type de néphrite rayonnante : les pyramides sont rongées et leur limite se trouve établie par la ligne festonnée que forme le liséré de la matière caséeuse.

(1) Communication à la Société de biologie.

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Suite (1)

VII et VIII. — Il y a plus de vingt ans, M. Alfred Fournier avait eu l'heureuse idée d'entreprendre la publication d'une collection choisie des œuvres des anciens syphiligraphes. Il se mit courageusement à la besogne et traduisit successivement trois volumes : 1° le poème de Fracastor sur la syphilis, suivi du *Traité* en prose sur le mal français ; 2° le livre de Jacques de Béthencourt intitulé : *Le nouveau carême de pénitence et purgatoire d'expiation* (1871) ; 3° le traité de Jean de Vigo sur *Le mal français* (1872).

Puis la publication languit, et, sauf la traduction faite par le Dr L. Le Pileur de l'œuvre de J. Fernel d'Amiens sur le *Meilleur traitement du Mal vénérien* (paru en 1876), et le petit livre de Joseph Grunbeck traduit par le Dr Corlieu : *De la Mentulagre*, la collection paraissait rester en souffrance.

Mais le professeur Alfred Fournier ne semble pas avoir perdu de vue son entreprise car on nous laisse entrevoir la publication de plusieurs autres ouvrages (Thierry de Héry, Léonicène, Torella, Massa, Fallope) au moment même où se publie le 6e volume de la collection, volume dont je vais parler.

C'est M. E. Lanquetin qui s'est chargé de traduire, de commenter et de présenter aux lecteurs français le curieux poème de Francisco Lopez de Villalobos sur les *Contagieuses et maudites bubas*.

Imprimé à Salamanque en 1498, à la suite d'un abrégé de la médecine également en vers du même auteur, cette sorte d'appendice offre le plus grand intérêt historique. Bien que l'auteur en parle comme d'une maladie nouvelle, M. Lanquetin n'a pas de peine dans ses commentaires à montrer que, d'après Villalobos lui-même, cette maladie (les *bubas*) est antérieure à la découverte de l'Amérique, et bien mieux, qu'elle remonte à la plus haute antiquité.

Sans doute la vérole semble avoir pris un grand développement

(1) Voir les numéros 13, 15, 16, et 17 1891.

Par l'étude microscopique, on peut suivre la voie d'ascension. Les bacilles innombrables, encombrent les canalicules dilatés dont l'épithélium prolifère ; ils traversent les parois canaliculaires et gagnent le tissu conjonctif intermédiaire. Les nodules tuberculeux ont pour centre de formation un canalicule dilaté dont la paroi résiste pendant fort longtemps et qu'on peut distinguer encore dans un grand nombre de nodules caséeux. Des nodules plus considérables sont formés par l'agglomération de deux ou trois nodules péricanaliculaires et leur désintégration nous fait bien comprendre la formation des cavernes.

Ces lésions sont plus accusées dans la substance médullaire, mais on les retrouve aussi dans la portion corticale du rein.

Dans toutes les portions de l'organe qui ne sont pas directement envahies par la néoplasie tuberculeuse, on trouve des lésions très avancées de néphrite diffuse à prédominance interstitielle avec sclérose périvasculaire très marquée.

Je désire attirer l'attention sur l'état de la capsule propre et de l'atmosphère périrénale.

A l'œil nu, on voit déjà que le rein, adhérent, est fusionné avec le tissu qui l'entoure et l'on peut distinguer des granulations tuberculeuses siégeant dans le tissu conjonctif et dans le péritoine qui avoisine le rein.

Au microscope, le tissu conjonctif de la capsule se continue insensiblement avec le tissu analogue intertubulaire, très épaissi par la sclérose. Au niveau des granulations extrarénales, on retrouve, nombreux, les bacilles.

Dans une note présentée à la Société de Biologie en 1889, nous avons décrit les formes adhésive, graisseuse et suppurée des périnéphrites, et nous avons démontré que l'envahissement périphérique se faisait par l'intermédiaire des lymphatiques. Comme nous le disions alors, la forme lipomateuse avec développement considérable des tractus cellulaires est très fréquente dans les néphrites tuberculeuses. D'ailleurs on peut voir, lors de néphrite tuberculeuse, toutes ces formes de périnéphrite auxquelles il faut ajouter, comme nous l'avons vu chez l'homme et comme notre lapin le démontre expérimentalement, la périnéphrite tuberculeuse aboutissant à la caséification.

Pour bien comprendre la néphrite tuberculeuse ascendante et la périnéphrite qui en est la conséquence, il ne faut pas oublier que, chez l'homme, l'infection est presque toujours combinée et qu'à côté des lésions déterminées par le bacille tuberculeux, il en existe d'autres qui sont l'œuvre des pyogènes ordinaires des néphrites ascendantes. C'est ce que nous avons constaté à plusieurs reprises en examinant des reins tuberculeux de l'homme, et c'est ainsi que, dans une périnéphrite suppurée autour d'un rein tuberculeux, nous avons vu des microcoques pyogènes à l'exclusion de tout bacille de Koch.

Tous ces faits montrent bien que la capsule propre du rein n'est pas un simple *isolant* : aussi bien au point de vue anatomique qu'au point de vue pathologique, elle se trouve intimement unie à l'organe qu'elle enveloppe et à l'atmosphère qui la recouvre.

On connaît les vaisseaux sanguins et les tractus conjonctifs qui les accompagnent dans leur passage de la capsule à l'intérieur du rein ; nous avons montré les communications lymphatiques qui existent, et dans les périnéphrites adhésives la capsule propre finit par disparaître dans la masse conjonctive qui se continue avec le tissu cellulaire intra-rénal. C'est pourquoi nous ne considérons pas nécessaire, pour réussir dans l'opération de la néphrorhaphie, de décortiquer le parenchyme rénal. Du reste, les opérations pratiquées avec conservation de la capsule par notre maître, M. Guyon, montrent bien, par la longue durée des résultats obtenus, que la fixation est bien faite.

Chez le lapin que nous avons étudié, il y avait, outre les lésions localisées au côté opéré, de la tuberculose généralisée aux ganglions du médiastin, au rein du côté opposé et à l'articulation coxo-fémorale droite. Il y a donc eu infection générale partant du rein et néphrite descendante du côté opposé.

Si dans les infections tuberculeuses expérimentales les reins ne sont pas souvent atteints, c'est que rien ne vient aider la localisation des micro-organismes ; chez notre lapin, celle-ci est due, croyons-nous, à ce que la suppression du rein opéré déterminait une suractivité fonctionnelle de l'autre rein.

Je remarque dans les localisations descendantes de ce rein que les lésions ne sont pas limitées à la région corticale ; elles sont plus accusées à ce niveau, mais les tubercules existent aussi dans la région des pyramides. C'est une double localisation qui est presque de règle, quoi qu'on en ait dit, dans toutes les néphrites descendantes suppurées.

Je note aussi que les bacilles, quoique venus par la voie circulatoire, pénètrent dans l'intérieur des canalicules et que les cellules épithéliales du rein, auxquelles Yersin nia toute

---

vers la fin du XVe siècle ; en tout cas, elle a attiré plus spéciale ment l'attention des médecins Aussi le public a-t-il pu croire à une maladie d'importation récente.

Parmi les médecins qui ont traité de cette affection, nul mieux que Villalobos n'a fait preuve d'un talent d'observation tout à fait remarquable. Et cependant il n'était encore qu'étudiant à Salamanque lorsqu'à l'âge de vingt-quatre ans il fit paraître cette curieuse description du mal vénérien (1).

M Lanquetin nous a donné le texte du poème en même temps que la traduction. Texte très soigné, copié par le Dr Montejo, un des syphiligraphes les plus instruits (2) sur le manuscrit de la Bibliothèque nationale de Madrid.

Bien que Villalobos considère les *bubas* comme un mal incurable, il n'en décrit pas moins et fort longuement le traitement. Il condamne les frictions mercurielles tout en avouant cependant qu'elles diminuent les douleurs (49). Il conseille la saignée de la basilique, le sirop de fumeterre. « Si le sujet est robuste, ajouter du sirop d'épithyme, souverain contre les humeurs les plus épaisses, en ayant soin que le premier sirop soit en plus grande quantité que le second. Si le mal provient de la bile ou du sang vicié, mélanger deux parties de ce sirop avec trois parties de petit lait ou d'infusion de palomine ou de buglosse. Donner des lavements préparés avec les substances suivantes : parties égales de centaurée, anis, fenouil, épithyme, carthame, raisins mondés, camomille, violettes et pruneaux que l'on fait bouillir ensemble. Dès que le mélange est cuit et filtré, ajouter une once et demi de casse, une once de rue et de benoite avec du miel, de l'huile ordinaire et du sel. Ce lavement est très adoucissant, il soulage et fait évacuer.

Après avoir fait usage, pendant huit jours consécutifs, d'un lavement ainsi composé, se purger avec la décoction suivante : une once de myrobalans jaunes, chébules et indiens, et deux onces de

(1) Villalobos devint plus tard médecin de Ferdinand le Catholique, puis de Charles-Quint dont il avait suivi, comme spectateur, les campagnes en Italie. Il aurait même rempli les mêmes fonctions de médecin ordinaire auprès de Philippe II, si l'on en croit Weiss (dans la *Biographie Michaud*, t. XLVIII, p. 495).

(2) Il est l'auteur d'un livre intitulé : *La sifilis y las enfermedades que se han confundido con ella* paru à Madrid en 1863.

participation dans la constitution du nodule tuberculeux, prennent part à la formation.

Un dernier point, qui nous paraît présenter un réel intérêt, est l'existence dans les deux reins de ce lapin, en dehors de la lésion tuberculeuse, d'une néphrite diffuse épithéliale et conjonctive : au niveau des points ainsi altérés, qui rappellent la néphrite tuberculeuse décrite par Coffin, il n'y a pas de bacilles, il n'y a pas non plus d'autres microbes. Plutôt que l'action directe du bacille, il faudrait invoquer, pour l'expliquer, l'action des substances solubles qu'il secrète.

CHIRURGIE PRATIQUE

ÉTUDE ET CRITIQUE EXPÉRIMENTALES DE LA TRACTION PAR LES POIDS DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU CORPS DU FÉMUR PAR L'EXTENSION DANS LA RECTITUDE.

Par le Dr Paul Thiéry,
Prosecteur de la Faculté.

(*Suite*) (1)

3° Résultats comparatifs de l'immobilisation et de l'extension

Nous venons de dire que ces critiques étaient restées lettres mortes et que la plupart des chirurgiens avaient continué à employer l'extension surtout que depuis de nouvelles recherches la combinant à la position du membre demi-fléchi et en abduction avaient cherché à la baser sur des considérations théorico-pratiques précises, découlant d'une étude raisonnée.

Il n'en faudrait pas conclure pour cela que tous les chirurgiens en avaient obtenu de bons résultats et passer outre à toute critique de la méthode. Le raisonnement est d'ailleurs simple : après l'application de l'extension continue aux fractures de cuisse, il peut exister deux sortes de résultats : ceux qui sont bons, et ceux qui sont passables ou mauvais. On ne saurait nier les derniers, puisque la plupart des chirurgiens, emploient l'extension, et que cependant Delthil qui a examiné à Vincennes leurs résultats, les a trouvés fort souvent médiocres; ceci prouve au moins qu'après l'extension le résultat est souvent mauvais. Notre maître, M. Le Fort, à qui nous pouvions faire part de nos idées, n'ajoute point à la traction continue par des poids (sans la repousser d'une façon absolue), la confiance illimitée de nombreux chirurgiens et l'un des appareils ingénieux qu'il a imaginés et qui plus ou moins modifié a fait fortune sous le nom d'appareil américain, est précisément destiné à suppléer à l'action insuffisante des poids.

D'autre part, il y a de bons résultats, mais il reste à préciser si leur valeur est due à la traction ou à des circonstances étrangères à la traction, bonne réduction manuelle par exemple, ou application d'appareils contentifs soignés. Or, il est remarquable : 1° que les fractures du tibia où le déplacement est parfois notable guérissent en bonne position sans raccourcissement alors qu'on n'emploie guère la traction pour les traiter (1), la mise en place d'appareils inamovibles étant, il est vrai, chose relativement plus facile qu'à la cuisse; 2° que les fractures de rotule à en croire Tilanus et d'autres auteurs expérimentés qui l'ont suivi dans cette voie guérissent aussi bien en l'absence de toute application d'appareil que par l'emploi des bandages excessivement nombreux et variés auxquels on a pendant bien longtemps attribué le succès du traitement, ce qui explique les bons résultats vantés par les auteurs pour des méthodes tout à fait disparates; il est prouvé aujourd'hui que (hors les interventions chirurgicales parmi lesquelles nous plaçons l'application des griffes), ces fractures sont capables de guérir (relativement à ce qu'on peut appeler guérison) sons un simple bandage roulé contentif joint au repos du membre en bonne position (2).

Notre maître Verneuil insiste encore avec raison sur l'inanité de la plupart des appareils destinés à favoriser le col

(1) Voir le n° 24.

(1) Tout récemment, et après la rédaction de notre travail, Holden vient de reprendre cette question sous le titre : *Une méthode pour appliquer l'extension continue par des poids dans le traitement des fractures obliques du tibia.* Lancet, 21 mars 1891.

(2) C'était la pratique de Velpeau qui pour les fractures de cuisse supprimait l'extension dès que l'appareil inamovible était appliqué : la traction n'intervenait que pendant qu'il confectionnait l'appareil. Voyez encore Ricard, *Traité de pathologie externe : Appareils inamovo-amovibles de Sarrazin*, etc.

---

pruneaux; ajouter à ce mélange une once et demie d'épithyme, de lavande, de tamarin, une once de raisins secs, etc. »

Les bains, non plus que le régime, ne sont oubliés.

En somme la publication de M. Lanquetin est des plus curieuses et des plus utiles pour l'histoire de la syphilis. Le style en est élégant, l'érudition de bon aloi, les commentaires des plus riches. Que désirer de mieux?

Au cours de ses recherches sur Villalobos, le Dr Lanquetin ayant trouvé dans un livre publié à Londres par le Dr Gaskoin des dialogues récréatifs « *contenant un carnaval de Castille divisé en trois nuits, de dimanche, lundi, et mardi gras, composé par Gaspar Lucas Hidalgo, bourgeois de la ville de Madrid* (1), en a traduit un passage.

C'est une *apologie de la vérole* des plus curieuses (2), une vraie pochade. Quelles pages carnavalesques! Citons-en quelques phrases :

« Grâce à la domination que le bubeux exerce sur tous, le respect qu'il inspire va toujours croissant, c'est une véritable adoration : on vénère sa personne, on rend un culte à tout ce qu'il touche. Qui donc se hasarderait à dormir dans son lit, à endosser ses vêtements, à manger dans son assiette ou à boire dans son verre, pas même à s'asseoir sur sa chaise, toutes ces choses étant considérées comme sacrées pour avoir appartenu au noble patient?

« En vérité il ne faut pas s'étonner de l'excellence des *buvas*! Leur naissance est illustre : prérogative sublime!

« Par la même opération et avec les mêmes instruments que la nature a choisis pour la reproduction de son chef-d'œuvre, de l'homme, la seule de ses créatures qui regarde le ciel en foulant le sol de ses pieds, c'est, dis-je, par cette même opération et ces mêmes instruments que sont procréées les très précieuses et très excellentes *bubas*. »

Et tout est sur ce ton.

Merci donc à M. Lanquetin de sa double publication. Il a fait preuve de telles aptitudes de lettré et d'érudit, que nous serions heureux de le voir utiliser ses loisirs à nous procurer plus souvent le plaisir de le lire.

Dr Albertus.

(*A suivre*.)

(1) Ouvrage imprimé à Barcelone en 1609.

(2) Brochure in-8°, extraite des *Annales de Dermatologie et de syphiligraphie* du 25 Mars 1890.

claviculaire; comme lui, nous croyons qu'ils flattent objectivement l'œil, théoriquement l'esprit, mais qu'ils influent peu ou pas sur le résultat.

Il est dès lors permis de se demander s'il n'en est pas de même relativement à la traction dans les fractures de cuisse et pour résoudre ce point, il faudrait fournir deux sortes de preuves : 1° preuves expérimentales sur le cadavre; 2° preuves cliniques, c'est-à-dire des observations.

Les premières font l'objet de cet assez long travail cependant encore incomplet et nous n'y insisterons pas pour le moment : disons cependant que si elles n'aboutissent pas à la condamnation de la traction, elles imposent une réforme capitale aux procédés de traction généralement employés et elles indiquent les bases sur lesquelles on doit fonder la méthode d'extension continue.

Les secondes, nous ne les possédons pas en abondance parce que tout préjugé est difficile à vaincre, parce que ces fractures sont relativement rares, parce qu'enfin nous ne disposons pas des malades que nous ayions pu traiter suivant ces principes, persuadés d'ailleurs du succès.

Cependant, nous avons vu des malades accidentellement traités sans extension et par les simples appareils contentifs et qui ont guéri avec les raccourcissements de 2 à 3 centimètres qu'on obtient après l'application des appareils les plus perfectionnés, les plus étudiés et les plus récents; nous pourrions citer le cas de cet enfant de 14 à 16 ans qui entra dans le service du professeur Verneuil suppléé par notre ami le Dr Ricard pour une fracture compliquée de cuisse avec raccourcissement considérable ; à la suite de troubles cérébraux mal expliqués on dut renoncer à tout maintien en place d'un appareil de traction régulier ; on ne put faire qu'une contention relative et M. Ricard agita même la question d'intervention ultérieure désespéré du résultat primitif que promettait l'indocilité du sujet; il n'en sortit pas moins guéri deux mois environ après l'entrée, le raccourcissement était de 2 centimètres et le cal parfait.

On nous objectera qu'il s'agissait d'un enfant et nous renverrons à la page 384, du *Traité de pathologie externe* où notre maître et ami Ricard traite des fractures « ..... nous trouvons dans la thèse du Dr Martin (1) une observation..... On apporte à l'hôpital Necker dans le service de Broca un malade avec une fracture du fémur. Le chevauchement était tel que le raccourcissement réel mesurait plus de 7 centimètres. *Toutes les tractions même énergiques* ne donnaient aucun résultat. On applique un appareil ouaté provisoire que Broca ne fit que resserrer les jours suivants..... Ce fut le *seul* appareil qui resta jusqu'à parfaite consolidation et le malade guérit avec *un centimètre et demi de raccourcissement sans que pendant l'application de l'appareil, il eût été exercé aucune traction.* »

Dans ces derniers mots se trouve peut-être la clef du problème ; le muscle contracturé aussitôt après l'accident se relâche par le décubitus, la douleur cessant, la réduction s'opère en tout ou en partie.

Les cas de ce genre ne sont pas rares et sans pouvoir donner des indications précises, nous avons souvenir d'en avoir observé de comparables, peu fréquemment il est vrai en raison même de l'accueil fait à la traction ; d'autre part, nous pourrions citer un malade chez lequel, le jour de l'entrée, une fracture avec chevauchement considérable a été exactement réduite; un plâtre fut appliqué sans qu'on y portât grande attention, mais on eut soin de faire l'extension par 4 kilogs; le déplacement se reproduisit et le chevauchement est actuellement considérable, de 6 à 7 centimètres au moins.

Déjà d'ailleurs dans les fractures du col du fémur que nous ne faisons qu'indiquer incidemment on en est beaucoup revenu des résultats merveilleux de la traction bien qu'en disent les classiques, car le propre des classiques est de ne point provoquer la réaction! Malgaigne par son plan incliné exerçait une extension bien légère! Harris, Mussey, Vakelee se déclarent énergiquement adversaires du décubitus et font lever les malades! Dupuytren et Nélaton avaient été de cet avis.

Nous renvoyons aux pages 536 et suivantes, où M. Ricard (1) étudie le traitement des fractures du corps du fémur; on y trouvera l'opinion des auteurs sur les guérisons sans raccourcissement ; quant à nous, nous affirmons que si l'extension permanente est en elle-même un bon adjuvant des appareils contentifs et qu'à ce titre elle mérite d'être conservée sans pour cela échapper à la discussion, ces appareils contentifs ont une importance capitale dont on a cherché beaucoup trop à les dépouiller au profit de la traction seule comme l'ont fait en particulier Rodley et Dudley.

Pour dire toute notre opinion, nous attribuons aux appareils de traction les plus minutieusement perfectionnés (2) bien plus la valeur *d'un pansement de fracture bien fait, d'une contention bien établie par la compression locale au foyer de fracture et grâce aux attelles, gouttières, etc., d'une immobilisation bien faite à laquelle l'extension prend quelque part*, plutôt que d'une extension bien établie : en d'autres termes et pour répondre à l'exagération des chirurgiens étrangers qui suppriment volontiers tout bandage contentif au profit de la traction, notre choix ne saurait hésiter entre l'extension faite *par les poids habituels* (3) sur une fracture non ou mal contenue et l'abandon total de l'extension au profit de la mise en place d'appareils de contention soignés inamovibles ou amovo-inamovibles, qui forment encore la ressource la plus précieuse du traitement, la traction ne devant nullement être confondue avec la contention à laquelle elle concourt cependant pour sa part, ainsi que nous le dirons plus loin.

(A suivre.)

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

COMMENTAIRE DE LA NOUVELLE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Projet discuté et adopté par la Chambre des députés, dans ses séances des 17 et 19 mars 1891. (Journal Officiel des 18 et 20 mars 1891).

par le Dr F. DE RANSE
et A. LÉCHOPIÉ, avocat à la Cour de Paris.

(Suite) (4).

DÉCLARATION
DES MALADIES ÉPIDÉMIQUES
ARTICLE 20.

Tout docteur, officier de santé, ou sage-femme est tenu, sous les

(1) Martin. *Du pansement ouaté appliqué au traitement des fractures.* (Paris 1877.)

(1) *Traité de chirurgie* publié sous la direction de MM. Duplay et Reclus. Fractures, T. II.

(2) Il reste bien entendu que ces considérations ne s'appliquent qu'aux appareils couramment employés, avec les poulies, le nombre de poids, etc. dont on fait ordinairement usage.

(3) Quelques auteurs prescrivent une traction de 2 kilogr. au début de 4 kilogr. chez les adolescents et chez les femmes !! et de 6 kilogr. chez les « *hercules* ». Ces poids nous paraissent bien faibles et ne peuvent guère s'expliquer que par l'attitude demi-fléchie donné au membre, laquelle diminue les résistances.

(4) Voir les numéros 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 et 23.

peines portées à l'article 26 de la présente loi, de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombés sous son observation et n'engageant pas le secret professionnel. La liste de ces maladies sera dressée par arrêté du ministre de l'intérieur, après avis conforme de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène publique de France. Un règlement d'administration publique fixera le mode de déclaration des dites maladies.

On voit de combien de réglements de toutes sortes on est encore menacé. A force de vouloir tout réglementer, ne finira-t-on pas par arriver à la plus parfaite obscurité, par tomber dans la plus inextricable complication?

Voici, ce nous semble, une bien grave atteinte à la grande loi du secret professionnel dont le corps médical était si justement jaloux. Jusqu'à ce jour, une seule loi postérieure à l'article 378 du Code pénal avait osé porter une main profane sur l'arche sainte de la médecine. C'était la loi du 3 mars 1822, relative à la police sanitaire. Son article 13, à peine de quinze jours à trois mois de prison, oblige à déclarer les maladies pestilentielles, telles que choléra, fièvre jaune, peste, et n'est applicable qu'aux portions du territoire français déterminées par un décret préalablement publié et affiché.

Aujourd hui, l'obligation va se généraliser et, sans aucune des formalités particulières prescrites par la loi de 1822, pourra s'étendre à un nombre indéfini de maladies. Certes on comprend bien qu'il s'agit là de l'intérêt supérieur de la santé et de l'hygiène publiques; mais, surtout par le temps de microbes qui court, et ils ne sont pas encore tous inventés, ne devra-t-on bientôt dire du secret médical qu'il a vécu? Le livrer au bon plaisir d'un arrêté ministériel, même avec le contrôle de l'Académie et du Comité consultatif, c'est gros de périls, il faut cependant bien le reconnaître. Il y a, il est vrai, dans le texte, les mots « n'engageant pas le secret professionnel », mais quelle en peut bien être la portée? Signifient-ils que le médecin sera dégagé de la loi du secret, en pareille circonstance, ou qu'il aura à déclarer les cas tombés sous son observation, sans désigner aucunement le malade? C'est bien possible, mais alors il serait bon de s'en expliquer par une rédaction plus claire et plus précise.

Heureusement encore que le texte du gouvernement « les maladies transmissibles » n'a pas été adopté; mais c'est assez nous indiquer la tendance de l'administration.

« Son diagnostic établi », dit l'article 20, au lieu du délai de vingt-quatre heures qui était imparti par le projet du gouvernement. Voilà encore une formule bien vague, surtout quand on songe qu'il y a une pénalité de 50 à 200 francs d'amende attachée par l'article 26 de la loi au défaut de déclaration. Que de praticiens dont le diagnostic ne sera ou ne pourra jamais être établi, pour une cause ou pour une autre!

Toujours dans le même intérêt de la santé publique et de la fameuse statistique, M. Isambard avait proposé cet amendement additionnel: « La mention de la cause du décès, sur le certificat destiné à l'officier de l'état civil, pour l'exécution de l'article 77 du Code civil n'est point une violation de l'article 378 du Code pénal »; et il ajoutait qu'un règlement d'administration publique (encore!) pourrait déterminer les conditions et les formes dans lesquelles le certificat du médecin serait rédigé et transmis aux autorités.

Si l'on doit, par des lois successives, apporter exception sur exception, pour une cause ou pour une autre, à l'article 378, ne serait-il pas plus simple de le supprimer immédiatement? Tout en concevant à merveille les raisons que l'on fait valoir, on ne saurait trop pousser ce cri d'alarme: On s'engage dans une voie dangereuse. Demain le juge d'instruction invoquera l'intérêt non moins supérieur de la Société, ensuite ce sera le tour du futur conjoint, puis de la Compagnie d'assurances sur la vie, etc., qui mettront tous en avant des droits et intérêts aussi sacrés et respectables.

Quoi qu'il en soit, à la Chambre, M. Brouardel, commissaire du gouvernement a fait à M. Isambart la réponse suivante devant laquelle celui-ci a déclaré retirer son amendement: « Je suis, en principe, d'accord avec M. Isambard, mais il me semble impossible de trancher ainsi cette question, qui est extrêmement délicate.

« Il est très difficile de faire un règlement qui s'applique à la fois à Paris et aux petits villages. Nous cherchons depuis près de deux ans à résoudre le problème et nous sommes loin d'être arrivés à une formule qui soit à l'abri de toute critique. Nous n'avons pas voulu introduire dans la loi une disposition contre laquelle on aurait eu, dans certains cas particuliers, raison de protester.

« Ce que je puis dire à la Chambre, c'est que la déclaration des causes de décès est extrêmement intéressante au point de vue de l'hygiène; dans un grand nombre de départements, il existe des états endémiques de maladies que nous ne connaissons pour ainsi dire pas; il faudra porter remède à cette situation. Ce sera l'objet d'un projet de loi présenté par le Gouvernement.

« C'est dans un intérêt hygiénique que ces prescriptions doivent être édictées. Je demande à M. Isambard de vouloir bien renvoyer à ce moment la détermination de ces prescriptions, sur lesquelles nous nous mettrons d'accord. »

Dans l'état actuel, nous n'hésitons pas à le dire, même à Paris, le médecin traitant ne peut déclarer la cause du décès, à l'administration de l'état civil, sans violer gravement le secret professionnel. On dira bien que l'administration elle-même gardera le secret. Ce n'est pas sérieux. Un secret n'est bien gardé qu'à la condition de ne point le livrer à qui que ce soit; surtout peut-être, à la négligente et irresponsable administration, vis-à-vis de laquelle, hélas, on est presque toujours sans recours et sans défense!

De l'examen des divers articles de la nouvelle loi composant le titre II, il résulte qu'il devrait être libellé comme suit: Enregistrement des titres et dressé des listes des docteurs, officiers de santé et sages femmes. — Interdiction du cumul des professions de médecin, de sage-femme ou dentiste, avec celle de pharmacien. — Prescription. — Privilège. — Syndicats. — Médecins experts. — Revision du tarif de 1811. — Déclaration des maladies épidémiques.

(A suivre.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE ET DE PHARMACOLOGIE

LE DERMATOL (GALLATE DE BISMUTH) TOPIQUE DESTINÉ A REMPLACER L'IODOFORME, par les Drs HEINTZ et LIEBRECHT. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1891, n° 24, p. 584.)

Dans une communication préalable, MM. Heintz et Liebrecht annoncent qu'ils ont trouvé dans le gallate de bismuth, qu'ils ont baptisé du nom de dermatol, un topique appelé à remplacer l'iodoforme, car il joint aux propriétés de ce dernier l'avantage d'être inodore.

Le dermatol est une poudre fine, sans odeur, d'un jaune safran, d'un aspect assez semblable à celui de l'iodoforme. Il

n'est pas hygroscopique; il ne se décompose pas lorsqu'il est exposé à l'air et à la lumière. Il est insoluble dans les dissolvants ordinaires; de là, son défaut de toxicité, car quand on l'applique sur une surface à vif, telle qu'une plaie, il ne s'en absorbe pas la moindre parcelle. Le dermatol n'irrite pas les surfaces avec lesquelles il vient en contact. Il a un pouvoir dessiccant assez considérable, et à ce titre, il agit comme astringent.

Les expériences cliniques faites avec le dermatol, et qui se chiffrent déjà par centaines, ont démontré que ce sel est un cicatrisant de premier ordre : la cicatrisation est activée, ainsi que la formation des granulations, la sécrétion du pus est diminuée, grâce à quoi le pansement des plaies à suppuration profuse exige l'emploi de moins de linges et autres accessoires.

Des résultats favorables ont été obtenus également avec le dermatol dans le traitement des brûlures, des eczémas suintants, des ulcérations, des affections oculaires avec sécrétion morbide abondante, des affections du nez et des oreilles, de l'otorrhée notamment.

Enfin, le dermatol a pu être administré à l'intérieur à la dose de 2 grammes, sans produire le moindre phénomène d'intoxication. On pourra donc le susbtituer au sous-nitrate et autres préparations de bismuth, dans les cas d'affections de l'estomac et de l'intestin justiciables de ces préparations.

E. Ricklin.

REVUE DES JOURNAUX

BACTÉRIOLOGIE

I. — Sur les toxalbumines fabriquées par les bacilles de la diphtérie, par MM. A. Wassermann et A. Proskauer. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 17, p. 585.)

II. — Sur la recherche de toxines dans le sang d'un homme atteint du tétanos, par M. F. Nissen. (*Ibidem*, n° 24, p. 775.)

III. — Sur un bacille capsulé, analogue au bacille capsulé de Friedlaender, par le Dr Kockel. (*Fortschritte dermedicin*, 1891, n° 8, p. 331.)

IV. — Un microorganisme pathogène pour les animaux a sang chaud, isolé du foie des crapauds, par le Dr F. Fischel. (*Ibidem*, p. 340.)

V. — Contribution a l'étude de la prédisposition morbide, par F. Gaertner. (*Ziegler's Beitraege zur pathol. Anatomie*, 1890, t. IX, fasc. 2.)

I. — MM. Wassermann et Proskauer se sont servis d'abord, pour la préparation du poison diphtéritique, du procédé employé précédemment par Brieger et Fraenkel, dont les recherches sur ce même sujet ont été exposées dans ce recueil (*Gazette médicale*, 1890, n° 18, p. 211). Plus tard, ils ont modifié un peu le procédé, afin d'isoler d'emblée les deux produits distincts obtenus par Brieger et Fraenkel et qui diffèrent par leur inégale solubilité dans l'alcool absolu et dans l'alcool dilué : une grande quantité du produit de filtration d'une culture du bacille de la diphtérie était évaporée dans le vide, à une température de 27°, 30°, jusqu'à réduction au dixième de son volume. Le résidu était dialysé à basse température pendant trois fois vingt-quatre heures, avec de l'eau distillée, pour en séparer les peptones et la globuline. Celles-ci étaient dépourvues de propriétés toxiques, la globuline notamment. Le liquide, retenu dans le dialysateur était clarifié par voie de filtrage, puis additionné de 60 à 70 0/0 d'alcool préalablement acidifié avec quelques gouttes d'acide acétique. Le précipité, qui se formait lentement, était laissé pendant vingt-quatre heures en contact avec l'alcool, puis isolé par filtrage. On laissait égoutter l'alcool, qui traversait le filtre, dans de l'alcool absolu; il se formait un nouveau précipité, qu'on recueillait également sur le filtre.

Les deux précipités ainsi obtenus étaient repris par de l'eau dans des vases séparés et soumis à un même traitement ultérieur : addition d'une quantité double d'une solution saturée de sulfate d'ammoniaque, pour enlever les derniers restes de peptones; le précipité ainsi obtenu, qui contenait la toxalbumine, était de nouveau repris par de l'eau distillée, dialysée à l'eau courante jusqu'à ce que les réactions de l'acide sulfurique et de l'ammoniaque cessassent de se produire. Puis la solution était, une nouvelle fois, versée dans de l'alcool absolu. On recommençait un certain nombre de fois jusqu'à ce que la solution devînt d'une limpidité parfaite. Puis le précipité était isolé sur le filtre et desséché dans le vide à la température de 37°.

Les deux substances obtenues de la sorte présentaient une analogie parfaite avec les toxalbumines décrites par Brieger et Frænkel.

Les deux auteurs se sont demandé ensuite s'il serait possible d'isoler des substances de même nature. du sang et des organes des animaux ayant succombé aux suites des inoculations d'une culture du bacille de la diphtérie. Ils ont réussi à obtenir 1 milligr. 55 à 2 milligr. d'une substance blanche dont la nature albuminoïde n'a pu être établie d'une façon certaine, et qui est douée d'une toxicité supérieure à celle de la toxalbumine de Brieger et Frænkel; 1 milligramme a suffi pour tuer un lapin.

Une fois la preuve faite qu'il est possible d'isoler les produits toxiques des cadavres frais des animaux ayant succombé à la diphtérie, MM. Wassermann et B. Proskauer ont cherché à savoir s'il existe un rapport entre la présence de ces produits toxiques dans le corps des animaux et l'immunité conférée par voie expérimentale. Les recherches qu'ils ont faites pour élucider cette question n'ont abouti qu'à des résultats négatifs. En d'autres termes, il a été impossible de conférer l'immunité aux animaux, en leur inoculant soit des toxalbumines isolées des bouillons de culture, soit des toxalbumines extraites des organes et des humeurs des animaux ayant succombé à la diphtérie.

En terminant, les deux auteurs font remarquer que si les toxalbumines en question présentent les principales réactions des substances albuminoïdes, il serait cependant prématuré de prétendre « que le poison fabriqué par les bacilles de la diphtérie est un corps albuminoïde ». Jusqu'ici, en effet, il a été impossible d'obtenir les toxalbumines à l'état pur dans le sens chimique du mot. Cela tient à ce que le poison diphtéritique a la propriété d'être entraîné par les dépôts qui se forment dans les solutions. Dans ces conditions il est toujours possible que les réactions albuminoïdes présentées par les toxalbumines soient fournies en réalité par les albumoses entraînées avec le poison diphtéritique et formant avec lui un simple mélange. Par là on peut également s'expliquer l'inconstance de la toxicité des toxalbumines. D'une part, cette toxicité dépendrait de la quantité de poison diphtéritique entraînée par les albumoses qui se précipitent. D'autre part ce poison se décompose avec une extrême facilité. Or, on peut se représenter que les albumoses qui, en se précipitant, entraînent avec elles ce poison, lui servent en quelque sorte d'enduit protecteur, empêchent sa décomposition.

— II. Après avoir rappelé les travaux qui nous ont fait connaître la nature infectieuse du tétanos, le micro-organisme pathogène de cette maladie et la toxine tétanigène fabriquée par ce microbe. M. F. Nissen rend compte des expériences d'inoculation qu'il vient de faire avec le sang d'un homme atteint du tétanos. Ces expériences avaient pour but de rechercher si la toxine tétanique, isolée par Brieger, circule dans le sang d'un homme malade du tétanos.

Le sang avec lequel a expérimenté M. Nissen avait été recueilli vingt minutes avant la mort du patient, avec toutes les précautions antiseptiques exigibles. Une partie de ce sang fut mélangé par quantités de 2 cc. environ avec d'épaisses couches d'agar de culture, le tout maintenu à une température de 38° dans un incubateur : aucun de ces ensemencements ne fit éclore de colonies du bacille, de Nicolaïer, tandis que des produits de culture de ce bacille ensemencés dans le même milieu, se sont développés avec rapidité. Donc le sang recueilli chez le malade de M. Nissen ne contenait pas le bacille tétanigène de Nicolaïer.

Le reste de ce sang avait été mis à coaguler dans des grands verres à réactif stérilisés. Le sérum exsudé a servi aux inoculations suivantes :

Le jour même où le sang avait été recueilli, on a inoculé 0,3 cc. de sérum sous la peau à une souris n° 1, puis 1 cc. sous la peau à une souris n° 2, enfin 1 cc. dans la cavité abdominale à une souris n° 3. La souris n° 1 a péri le lendemain, après avoir présenté des convulsions généralisées. Les deux autres ont été trouvées mortes le jour même de l'inoculation, avec les membres postérieurs contracturés ; à leur autopsie, on n'a pas trouvé de lésions propres à rendre compte de la mort des animaux.

Le lendemain du jour où avait été recueilli le sang, on a injecté 0 gr. 5 de sérum sous la peau à une souris n° 4. Deux jours après, convulsions des quatre membres, les pattes de devant entrecroisées sur la poitrine, les pattes de derrière dans l'extension. L'animal succombe le troisième jour.

Le surlendemain, on injecte à une souris n° 5 1 cc. de sérum sous la peau ; dans la journée qui suivit, l'animal a succombé après avoir eu une attaque de convulsions. Enfin, on inocule 1 cc. de sérum dans la cavité abdominale à une souris n° 6 ; au bout de quatre heures, l'animal est trouvé mort dans la même attitude que les n°s 1 et 2.

Donc 6 souris auxquelles on avait inoculé sous la peau ou dans la cavité abdominale des quantités de sérum variant de 0,3 à 1 cc. ont été trouvées mortes au bout de quelques heures ou ont présenté des accidents convulsifs mortels dans le courant des journées suivantes.

Des expériences de contrôle, consistant à injecter à d'autres souris le sérum du sang de deux sujets amputés, l'un à la suite d'une fracture compliquée, l'autre pour cause d'éléphantiasis, ont démontré qu'on ne saurait objecter que le sang humain est naturellement tétanigène pour la souris.

M. Nissen conclut que chez son malade, le sang contenait une substance chimique susceptible de développer des accidents tétaniques chez la souris. M. Kitasato, d'après une communication verbale faite à M. Nissen, est arrivé à des résultats identiques, qui seront publiés prochainement.

III. — A l'autopsie d'une femme de 62 ans qui, pendant les quelques jours qu'elle avait passés à l'hôpital, avait présenté de l'anorexie, une prostration croissante, des troubles gastriques (vomissements), des douleurs abdominales, de l'albuminurie, de légères poussées fébriles, on trouva le foie et les reins parsemés de petits kystes à contenu puriforme, et une infiltration purulente des méninges dans le voisinage du chiasma. L'examen bactérioscopique du contenu des petits kystes du foie y a fait découvrir de très nombreux bacilles capsulés, qui offraient une grande ressemblance avec le pneumocoque de Friedländer. Ces bacilles se rencontraient en très grand nombre également dans le pus qui infiltrait les méninges de la base du crâne, en nombre beaucoup moins considérable dans le contenu des kystes des reins. Ce bacille s'est révélé comme étant extrêmement pathogène pour toute une série d'animaux, souris blanches, lapins, cobayes; or, on sait que le pneumocoque de Friedländer n'est point pathogène pour le lapin. M. Kockel a insisté d'ailleurs sur les caractères qui différencient ce nouveau bacille des autres bacilles capsulés.

Pour ce qui concerne les relations de ce bacille avec les altérations trouvées à l'autopsie de sa malade, M. Kockel les conçoit ainsi : la lésion première en date a consisté, selon toute apparence, en des kystes des canalicules biliaires. Ces kystes ont été infectés secondairement par le bacille capsulé, sans qu'on puisse dire par quelles voies s'est effectuée cette infection ; il est cependant probable que l'envahissement s'est fait à travers les canalicules biliaires, dans lesquels on a découvert quelques bacilles isolés. Le premier résultat de l'infection a été de faire suppurer les kystes ; puis ces foyers de suppuration sont devenus la source d'une infection généralisée, qui s'est localisée principalement dans les méninges de la base du crâne, sous la forme d'une méningite suppurée. Les propriétés pyogènes de ce bacille capsulé se trouvent attestées en outre par les résultats des inoculations pratiquées sur les animaux. Le pus obtenu dans ces conditions différait, il est vrai, au point de vue de sa consistance et de sa couleur, du *pus bonum et laudabile*.

IV. — Ayant fait périr au moyen du chloroforme cinq crapauds, bien portants en apparence, M. Fischel a extrait le foie de ces animaux, avec toutes les précautions nécessaires pour assurer l'asepsie. Les foies déposés dans des récipients stérilisés, ont été réduits en bouillie et ensemencés sur des plaques de gélatine de culture. M. Fischel a pu obtenir ainsi des cultures pures d'un microbe constitué par des bâtonnets longs de 1/2 à 1 μ, large de 1/4 à 1/2 μ, se laissant fortement colorer par la fuchsine, se développant très bien dans l'agar, dans le sérum de sang coagulé, sur des tranches de pomme de terre. Inoculé sous la peau de l'oreille ou dans la cavité péritonéale, à des souris et à des lapins, ce microbe a provoqué la mort des animaux.

Le résultat annoncé par M. Fischel a cela d'intéressant qu'il est de nature à rendre compte des anomalies qu'on observe, en dehors de toute infection accidentelle, dans les suites des inoculations pratiquées sur des grenouilles et des crapauds, avec certains virus, avec le virus charbonneux par exemple.

V. — Les expériences faites par Gaertner démontrent que les staphylocoques se développant beaucoup mieux dans le sang d'un lapin, lorsque l'animal a été rendu préalablement hydrémique au moyen d'émissions sanguines ou d'une alimentation insuffisante. Dans ces conditions les suites des inoculations sont beaucoup plus durables et plus graves, quelquefois même mortelles : 4 lapins sur 16 hydrémiques ont péri ; tandis que dans les circonstances normales, le staphylocoque disparaît très rapidement du sang des lapins, il s'y trouvait encore dix-huit heures après l'inoculation, chez les animaux rendus hydrémiques.

(*A suivre.*) E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

I.-M. CHARCOT : 1° ŒUVRES COMPLÈTES, tome IX ; 2° LEÇONS DU MARDI A LA SALPÊTRIÈRE, tome II.

I. — Quand on a, comme M. Charcot, pris une part si active au mouvement scientifique de son époque, la réunion, dans une série de volumes, des œuvres du savant, n'offre pas seulement un intérêt personnel ; elle présente au plus haut degré un intérêt général, car elle renferme à vrai dire l'histoire de la science pendant cette époque, et permet d'en suivre l'évolution.

La méthode clinique et anatomo-pathologique suivie par le professeur de la Salpêtrière pour l'étude des phénomènes biologiques a été, on le sait, des plus fécondes ; sans entrer en conflit avec la méthode expérimentale, elle a souvent accru ou rectifié les données de celle-ci, et l'on peut dire que c'est par le concours et le contrôle réciproque des deux méthodes que se sont accomplis les plus grands progrès de nos jours.

Les physiologistes et les psychologues non moins que les pathologistes et les cliniciens ont largement à puiser dans l'œuvre de M. Charcot ; le tome neuvième, que nous avons sous les yeux, leur offre un champ d'études des plus intéressants : il contient, en effet, les recherches du savant professeur sur la métallothérapie et l'hypnotisme, recherches qui, on se le rappelle, ont fait grand bruit au moment où elles ont paru.

Jusqu'à M. Charcot, l'hypnotisme était resté exclu du terrain scientifique et, sauf de rares exceptions, avait été abandonné aux fantaisistes ou aux faiseurs. Il y avait là cependant des phénomènes extrêmement intéressants qu'il importait d'étudier et d'élucider. Fidèle à sa méthode sûre d'investigation, M. Charcot n'a pas craint d'aborder ces difficiles et périlleux problèmes. Écartant de propos délibéré les phénomènes subjectifs, impossibles à contrôler, il s'en est tenu prudemment à étudier, à analyser les signes objectifs dont il est permis à tout le monde de vérifier l'exactitude et dont beaucoup, il est inutile de le rappeler, défient la supercherie ou la simulation. C'est ainsi qu'il a donné des bases solides à des recherches que ses élèves et d'autres neurologistes ont après lui poursuivies et étendues. Son étude de l'hyperexcitabilité neuro-musculaire restera toujours, à ce point de vue, un modèle du genre.

Nous ne saurions analyser des travaux connus depuis longtemps de nos lecteurs ; nous nous bornerons à énumérer ceux que le nouveau volume contient.

La première partie renferme tout d'abord des recherches sur la pathogénie de l'hémorrhagie cérébrale, en particulier sur le rôle qui appartient aux anévrysmes miliaires dans cette pathogénie. Puis vient une étude sur les néo-membranes de la dure-mère, étude dont les conclusions, en subordonnant les hémorrhagies méningées à une pachyméningite préexistante, mais pouvant subir un travail régressif, n'ont pas moins d'importance au point de vue thérapeutique qu'au point de vue anatomo-pathologique. Cette première partie se termine par les recherches du savant professeur sur les arthropathies liées à l'ataxie locomotrice et celles qui dépendent d'une lésion cérébrale.

Nous avons déjà dit que la seconde partie est consacrée à la métalloscopie, à la métallothérapie et à l'hypnotisme. Les recherches de Burq, à qui M. Charcot avait libéralement ouvert les salles de la Salpêtrière, sont examinées, contrôlées et appréciées avec la plus grande impartialité. Nous ajouterons à ce que nous avons dit plus haut, à propos de l'hypnotisme, que c'est l'hypnotisme chez les hystériques qui a été particulièrement étudié à la Salpêtrière. C'est pour avoir ignoré ou négligé ce point que certains expérimentateurs, se plaçant dans des conditions différentes, ont contesté les résultats observés par M. Charcot et les conclusions qu'il en a tirées.

Une conférence sur l'emploi de l'électricité statique en médecine remplit la troisième partie, et le volume se termine, comme appendice, par une revue de M. Babinski sur le grand et le petit hypnotisme, revue dans laquelle cet élève distingué de M. Charcot défend l'école de la Salpêtrière contre les prétentions de l'école de Nancy, et fait à la suggestion la juste part qui lui revient dans les phénomènes hypnotiques.

De nombreuses figures dans le texte et 13 planches complètent cet important volume.

II. — *Les leçons du mardi*, inaugurées en 1887 par M. Charcot à la Salpêtrière, constituent une méthode d'enseignement des plus fécondes. Nous avons eu déjà l'occasion de les apprécier en rendant compte du premier volume. On sait qu'il s'agit de leçons presque improvisées sur des malades peu connus, ou improvisées, dans l'acception rigoureuse du mot, sur des malades qui se présentent pour la première fois à la consultation.

M. Charcot rappelle, au début de ce nouveau volume, l'esprit qui l'a guidé, et le but qu'il s'est proposé : « Dans les leçons très préparées à l'avance, dit-il, le professeur conduit ses auditeurs dans des chemins préalablement aplanis et rendus à dessein faciles à parcourir. Lui-même a pris le soin d'arracher les broussailles et d'écarter les écueils qui pouvaient rendre le parcours difficile. Cette manière de procéder, qui offre incontestablement mille avantages, surtout quand il s'agit de commençants, comporte une part d'artifice dont il convient de ne plus user sans réserve devant des auditeurs déjà mûris par l'étude et qui sont à la veille de devenir eux-mêmes des praticiens. Or les circonstances ont voulu que ce soient justement ceux-ci surtout qui fréquentent les cliniques de la Salpêtrière et, en face d'eux, je ne sens aucune crainte de me montrer hésitant parfois et embarrassé même, dans certains cas, à décider un diagnostic, à proclamer un pronostic ou à instituer un traitement ».

Ces hésitations du maître, bien mieux que les affirmations dogmatiques sont propres à apprendre aux élèves les difficultés de la pratique et à leur montrer comment on peut finir par les vaincre en poursuivant, en variant l'interrogation, l'examen des malades, en rapprochant les uns des autres les phénomènes tant subjectifs qu'objectifs et en déterminant les rapports réciproques qui les relient entre eux.

Les observations de malades contenues dans ce volume sont aussi variées que nombreuses; ici il ne saurait y avoir d'ordre méthodique : tout est abandonné aux hasards de la consultation externe. Cependant le hasard permet parfois certains groupements, certains rapprochements. C'est ainsi qu'en parcourant les divers cas relatés, on trouve dans beaucoup d'entre eux la confirmation de deux faits généraux fort importants en neuropathologie : en premier lieu l'influence de l'hérédité sur le développement des maladies nerveuses; en second lieu l'association fréquente, la combinaison de quelques-unes de ces maladies, donnant lieu à des états complexes, fort douteux au premier abord, dans lesquels cependant des notions exactes de ces maladies, de leurs caractères, des espèces ou types qu'elles peuvent présenter, et un examen attentif des malades permettent le plus souvent de déterminer la part respective de chacun des composants.

A ceux qui n'ont pas la bonne fortune de pouvoir suivre la clinique de la Salpêtrière, la publication des *Leçons du mardi*

offre un dédommagement, en les faisant pour ainsi dire participer aux ressources cliniques si riches du service de M. Charcot. On doit des remerciements au maître et à ceux de ses élèves, MM. Blin, Charcot et Henri Colin, qui ont recueilli et reproduit si fidèlement ses leçons.

D. F. DE RANSE.

MALADIES DU FOIE

(Suite et fin) (1).

III. CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU FOIE DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE, par M. LEGRY. — Steinheil 1890. Thèse de Paris.

III. — Le foie dans la fièvre typhoïde n'est pas augmenté de volume, à moins d'influences surajoutées (alcoolisme, état puerpéral, longue durée de la maladie, etc...). Sa coloration est pâle et grisâtre, sans que cet état corresponde à une dégénérescence graisseuse avancée.

Il présente des marbrures violacées, et souvent des ecchymoses sous la capsule.

La bile est toujours pâle, décolorée, d'une densité faible.

— L'examen microscopique montre le plus souvent une dégénérescence granulograisseuse, mais beaucoup moins considérable qu'on pourrait le supposer d'après l'examen de l'organe. Les cellules renferment des gouttelettes très fines, qui ne forment de grosses gouttes qu'exceptionnellement. Le plus souvent la lésion est limitée aux espaces portes et aux zones périlobulaires, on ne l'observe que rarement au niveau des veines sus-hépatiques, où elle est en général moins marquée : ces trois localisations ne s'observent guère ensemble sur le même foie.

Les capillaires dilatés au début, ne tardent pas à se rétrécir surtout dans les zones périphériques du lobule, où les cellules arrivent à se toucher.

On en trouve parfois cependant qui sont dilatés, autour des veines sus-hépatiques; cet état correspondrait à la dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques de cette zone.

Les cellules endothéliales vasculaires sont fréquemment tuméfiées.

Les cellules hépatiques peuvent présenter de la tuméfaction trouble, plus rarement elles ont un aspect hyalin et transparent, elles contiennent toujours plusieurs noyaux sans figure de karyokinèse. Dans les cellules qui ont subi la dégénérescence granulo-graisseuse, les noyaux sont moins nombreux et moins apparents.

Au contact des espaces portes, des fissures interlobulaires, et des veines sus-hépatiques, on rencontre des nodules arrondis ou irréguliers, de grandeur et de nombre variables, et constitués par des amas de leucocytes, plongés dans une substance grenue ou vitreuse. A la périphérie, on trouve des cellules hépatiques farcies de noyaux. Ces nodules paraissent provenir de débris de cellules hépatiques; le protoplasme de celle-ci formant la gangue qui englobe les noyaux des nodules.

Dans les espaces portes, il n'y a guère que les veines portes qui présentent une tuméfaction ou une desquamation de leur endothélium.

Les canaux biliaires et les artères sont sains. L'espace lui-même présente par places un certain degré d'infiltration embryonnaire.

La constatation du bacille d'Eberth dans le foie a pu être faite six fois sur onze par la méthode des cultures, et également six fois sur onze par l'examen microscopique pur et simple, ces six examens positifs ne correspondent pas à ceux où l'ensemencement du foie avait donné des colonies.

— La caractéristique de ces altérations est leur systématisation; c'est autour du système sus-hépatique ou péri portal que se groupent les lésions, avec leurs caractères particuliers.

Mais quelle est la *cause* de celle-ci? On a invoqué (Liebermeister) l'hyperthermie, l'atonie du système vasculaire amenant le ralentissement de la circulation, mais c'est à l'infection et à l'intoxication qu'il faut en revenir en fin de compte. La migration du bacille d'Eberth dans la veine porte peut fournir l'explication de lésions limitées du foie, des nodules par exemple, bien que la démonstration directe n'en ait pas été faite, du moins en ce qui concerne le bacille typhique.

Mais à côté de l'infection proprement dite, il reste un facteur très important, qui est l'intoxication par des substances charriées par la veine porte et de provenance intestinale. Pavone en 1888 avait déjà obtenu des lésions hépatiques en injectant des cultures typhiques à des chiens et à des cobayes.

Les expériences, peu nombreuses, il est vrai, faites par M. Legry l'ont amené à conclure que le foie semble arrêter les microbes qui lui sont apportés par la veine porte; et en ce qui concerne l'action du foie sur les toxines intestinales produites dans la dothiénentérie, que le foie arrête environ la moitié des poisons contenus dans les extraits alcooliques des matières fécales typhiques, et qu'il semble diminuer aussi la toxicité de produits solubles sécrétés par le bacille d'Eberth.

— Au point de vue *clinique* les symptômes hépatiques ne sont pas très marqués. Le foie a conservé son volume normal à moins d'un état morbide antérieur surajouté, et ce n'est qu'indirectement qu'on peut concevoir les troubles de fonctionnement de l'organe. C'est ainsi que l'hyperthermie et l'inanition amèneront une diminution de la fonction glycogénique et par suite, — ainsi que Roger l'a prouvé, — une diminution dans la destruction des toxines. Le degré de l'hyperthermie peut donc donner la mesure du fonctionnement du foie.

Il en est de même en ce qui concerne la fonction biliaire qui ainsi que Wickam Leeg, Arthus et d'autres l'ont montré, est en rapport direct avec la fonction glycogénique. Les troubles de la sécrétion biliaire se manifesteront par la coloration ictérique des téguments; l'état des selles, fétides et peu colorées; la présence dans l'urine de pigments biliaires anormaux, et en particulier de l'urobiline.

Tous ces troubles tiennent à des modifications fonctionnelles du foie, liées elles-mêmes à des altérations hépatiques. Aussi, peut-on tirer des *indications pronostiques* de l'examen des urines en particulier.

L'apparition de la couleur brun acajou sous l'influence de l'acide nitrique nitreux révélant l'existence de pigments anormaux, doit inspirer plus de réserves pronostiques.

L'urobiline peut se reconnaître facilement par ce fait que l'urine jaune à la lumière transmise, prend une belle couleur rouge à la lumière réfléchie, ou par l'emploi du spectroscope ; son apparition indique, quand elle est abondante, un cas grave ou mortel. Car, ainsi que Teissier l'a prouvé, la fièvre typhoïde à évolution régulière ne provoque pas d'urobilinurie, ou si elle apparaît, elle est légère et de peu de durée.

H. BARBIER.

(1) Voir *Gazette médicale*, 1891, n°s 23 et 24.

BULLETIN

LA NATURE DE LA CHORÉE. — LA CHLOROFORMISATION.

La discussion engagée récemment à propos de la nature rhumatismale de la chorée paraît sur le point de prendre fin, sans que l'on puisse considérer la question comme définitivement résolue dans un sens ou dans l'autre. Un des maîtres les plus autorisés en la matière, M. le Dr J. Simon, vient de lui consacrer une leçon au cours de laquelle il a cru devoir affirmer à nouveau, avec un redoublement de conviction, son adhésion déjà ancienne à la doctrine classique, celle qui fait dépendre la chorée du rhumatisme. A l'appui de sa thèse, il a rappelé successivement les divers arguments déjà invoqués et parmi lesquels il faut mettre au premier rang celui qui est tiré de la fréquence de la coïncidence. M. Simon estime que cet argument pourrait suffire à lui seul et il paraît le considérer comme à peu près sans réplique. L'objection tirée de l'impuissance habituelle de la médication anti-rhumatismale, cette objection pourtant si sérieuse, lui semble insuffisante pour infirmer la doctrine qui règne encore aujourd'hui et il lui opposerait volontiers une fin de non recevoir pure et simple.

On pourrait s'étonner, à ce sujet, de voir faire si peu de cas du vieil adage : *naturam morborum curationes ostendunt*, que, d'autre part, on invoque journellement pour les besoins de telle et telle cause que l'on veut défendre. Cet oubli d'un précepte traditionnel en médecine est bien fait pour étonner dans le cas particulier, et les partisans de l'opinion adverse ne manqueront pas d'y voir une évidente faiblesse d'argumentation.

En effet, si l'on considère que le nombre des médecins partisans de la nature rhumatismale de la chorée forme encore la très grande majorité actuellement, on est d'autant plus fondé à exiger d'eux la preuve de leur opinion, preuve qui, précisément, ne pourrait être fournie que par les résultats du traitement. Or, nous le demandons encore une fois, existe-t-il un exemple de chorée guérie ou même simplement amélioré par la médication spécifique du rhumatisme? Etant donnée la fréquence de l'affection, la réponse serait faite depuis longtemps si elle avait pu être affirmative. En réalité, elle est fort loin de l'être. Si, par contre, nous consultons la pratique de nos confrères, nous voyons que les moyens mis en œuvre par eux procèdent presque tous d'un ordre d'idées essentiellement différent de celui qui inspire ordinairement la thérapeutique des affections de nature rhumatismale. Ce sont les médicaments dits *nervins* qui en forment la base à peu près exclusive, et c'est à ceux-là que l'on impute la majeure partie des succès obtenus.

A côté de ces agents se placent encore des moyens tels que la gymnastique et l'électricité, qui ne s'inspirent pas davantage de la notion de rhumatisme.

On peut appliquer cette dernière remarque à certains médicaments comme l'arsenic, qui intervient en tant que médicament altérant, et à l'antipyrine, préconisée récemment sur la foi d'observateurs consciencieux et que l'on place sans conteste dans la catégorie des substances qui s'adressent de préférence au système nerveux.

En revanche, nous ne voyons guère prescrire les salicylates et les iodures, ces deux classements de médicaments considérés comme presque spécifiques du rhumatisme. N'est-on pas autorisé à voir, dans cet accord général et dans cette sorte de consensus des praticiens, un argument contre la théorie que la plupart d'entre eux continuent à défendre?

Il est vrai que, d'autre part, on prétexte volontiers de la différence des traits symptomatiques par lesquels la chorée nerveuse vraie, se distinguerait de la chorée ordinaire, dite de Sydenham. Mais cette objection perd sa valeur en présence des faits, déjà nombreux à cette heure, où la similitude clinique a été reconnue complète, au point d'impliquer une identité absolue.

Plusieurs de ces faits ont été cités dans le cours de la discussion à la Société médicale des hôpitaux, et ultérieurement M. Laveran est venu en rapporter quelques autres. Pourtant l'origine nerveuse était indubitable dans tous ces faits. Elle paraît l'être également dans ceux que M. Comby a signalés à la dernière séance et qui forment la base d'une statistique empruntée à MM. Perret et Devic. Cette statistique est fondée sur le chiffre respectable de 235 cas de chorée infantile observés en majorité chez des petites filles : sur ce nombre, 60 0/0 environ, soit plus de la moitié, se rattachaient à une origine manifestement nerveuse. M. Comby croit pouvoir en conclure que la chorée est bien une affection d'origine nerveuse et que désormais il faudra la ranger parmi les modalités cliniques que l'hystérie est susceptible de revêtir chez les petites filles. Nous voici loin du rhumatisme et il est difficile d'entrevoir par quels arguments on pourrait nous y ramener. Aussi croyons-nous que la doctrine classique a fait son temps et qu'elle est destinée à céder prochainement la place à l'autre, beaucoup plus satisfaisante pour l'esprit et en même temps bien plus féconde au point de vue thérapeutique.

—Nous n'aurions pas jugé à propos de revenir sur la question déjà si souvent discutée des dangers de la chloroformisation, si cette question n'avait été remise sur le tapis, mardi dernier, par une courte communication de M Le Roy de Méricourt. L'honorable chirurgien a rappelé, avec à propos, les services qu'il a retirés autrefois, dans la pratique de l'anesthésie, d'un appareil qui est encore aujourd'hui d'application courante et même réglementaire dans le corps de santé de la marine. Il s'agit d'un cornet de forme spéciale, imaginé par Reynaud en 1847 et dont l'emploi présente certainement une supériorité marquée sur les procédés ordinaires, puisqu'on n'a pas observé encore un cas de mort entre les mains de ceux qui s'en servent journellement. Cette incontestable supériorité ne tiendrait-elle pas à ce que le cornet de Reynaud réalise les conditions essentielles que les physiologistes considèrent comme indispensables à la sécurité de l'anesthésie, à savoir, le mélange dans une proportion voulue et constante d'air et de chloroforme? Car cette sécurité est restée, quoi qu'on en dise, toujours un peu incertaine et aléatoire avec les procédés habituels dans la pratique desquels chaque chirurgien s'inspire de son expérience personnelle bien plus que des règles tracées à l'avance et précises. A ce sujet, on lira avec intérêt dans la *Revue générale des sciences*, un mémoire de M. R. Dubois sur l'insensibilité chirurgicale.

Le savant professeur de la Faculté de Lyon s'élève aussi avec force contre l'empirisme qui a régné jusqu'à ce jour dans la pratique des anesthésiques et il n'a pas de peine à montrer, en même temps, l'avantage capital des mélanges dosés quand on veut faire pénétrer sans danger le chloroforme dans l'appareil respiratoire.

Pour réaliser cette condition, il a fait construire un petit appareil très simple, beaucoup plus maniable que les appareils encombrants imaginés il y a quelques années par l'éminent physiologiste, P. Bert. On comprendra les services que cet instrument peut rendre si l'on admet le principe posé par l'auteur, à savoir que le chloroforme tue par syncope respira-

toire, jamais par syncope cardiaque, lorsqu'on emploie un mélange titré moyen d'air et de chloroforme. Ce dernier précepte paraît être d'importance capitale et, s'il est fondé, on ne voit pas très bien derrière quel raisonnement pourraient se retrancher, dans leur refus d'employer l'appareil en question, les chirurgiens qui continuent à préférer leur manière personnelle à une méthode rigoureusement scientifique.

En un mot, dit M. R. Dubois, avec la machine à mélange titré, l'opérateur sait ce qu'il fait, au lieu d'agir à l'aveugle et par une sorte de tâtonnement. Nous passons sous silence les avantages réalisés par ce procédé au point de vue des qualités de l'anesthésie elle-même, de sa régularité, de sa durée, de la facilité du réveil, etc. Les expériences faites à l'Hôtel-Dieu de Lyon, paraissent avoir confirmé pleinement ces avantages. On est donc fondé à croire que, grâce à ces perfectionnements, l'emploi des anesthésiques est entré dans une voie réellement scientifique et ce progrès nous le devrons aux physiologistes dont on conteste volontiers la compétence dans une question si bien faite pour les intéresser.

P. Muselier.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique de France. — Présidence de M. Brouardel.

Au début de la séance, M. Proust fait la communication suivante :

Le bruit qui avait été répandu de l'existence du choléra en Egypte est absolument inexact.

En Abyssinie, le choléra sévit avec intensité ; les Abyssins émigrent sur le territoire de Massaouah d'où ils sont repoussés par les indigènes. On a compté dans les environs de Massaouah jusqu'à deux cents décès par jour soit par la maladie, soit par la famine. Les cadavres, en raison de leur nombre, ne peuvent être tous inhumés.

La fièvre jaune a disparu des ports de Bomy et de Saint-Paul-de-Loanda (côte occidentale d'Afrique).

Au Brésil, l'état de la santé publique est toujours mauvais ; la fièvre jaune règne toujours à Rio-Janeiro ; elle est signalée dans la plupart des ports du littoral brésilien.

Le passager, convalescent de fièvre jaune, débarqué du *Béarn* le 18 mai pour être soigné à l'infirmerie de Pomègues, est complètement guéri.

— M. Proust expose ensuite au comité les instructions qui ont été données par le gouverneur général de l'Algérie aux médecins commissionnés à bord des navires qui transportent à Djeddah des pèlerins musulmans.

— M. Proust lit également un rapport de M. Catelan, médecin sanitaire de France à Alexandrie, sur le choléra au Hedjaz en 1890.

Le comité donne son approbation aux mesures qui ont été prescrites et exécutées. Ces mesures ont préservé l'Egypte de l'importation du choléra.

Le comité est convaincu que, si des événements semblables à ceux de l'an dernier se présentaient de nouveau, le conseil international d'Alexandrie et le gouvernement égyptien agiraient avec la même décision et la même vigueur.

— M. Pouchet lit un rapport sur un projet d'amenée d'eau à la commune de Fourmies (Nord). Les conclusions du rapport favorables au projet sont adoptées par le comité.

M. Chanveau lit un rapport dont les conclusions sont également adoptées et qui tend à ce que, conformément à la loi de 1838, les tueries particulières soient interdites dans toute commune ou syndicat de communes où sera établi un abattoir public.

La fièvre jaune. — Le paquebot *Labrador*, retour des Antilles, a dû subir une quarantaine de quatre jours, par ordre des autorités sanitaires, à son arrivée à Bordeaux. Ce navire avait eu deux décès de fièvre jaune pendant la traversée. Le navire a été désinfecté.

NOUVELLES

Facultés et écoles des départements.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. Gérard, pharmacien supérieur de 1re classe, chargé des fonctions de préparateur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, est chargé, à partir du 1er juin 1891, des fonctions d'agrégé (pharmacie et matière médicale).

Ecole de médecine d'Angers. — M. le Dr Mullois est nommé chef de clinique chirurgicale.

Corps de santé des colonies. — Ont été nommés dans le corps de santé des colonies :

Au grade de médecin principal. — Les médecin de 1re classe de la marine : MM. Hénaff, Gallay.

Au grade de médecin de 1re classe. — Les médecins de 2e classe de la marine : MM. Clouard, David, Baurac, Rouch, Guerellet.

Ont été nommés avec leur ancien grade et pour prendre rang à la date de leur brevet :

Au grade de médecin de 1re classe. — M. Pichon, méd. de 1re cl. de la marine du 18 juillet 1886.

Au grade de médecin de 2e classe. — M. Ladry, méd. de 2e cl. de la marine du 23 février 1889.

Bureau de bienfaisance de Paris. — Ont été nommés médecins des bureaux de bienfaisance : 2e arrond. M. Marx ; 3e M. Liandier ; 6e M. Mouls ; 7e MM. d'Aurelle de Paladine, Louis, Meugy ; 8e M. Challier de Granchamps ; 11e MM. Drouet, Bimseinstein ; 12e M. Petit ; 13e M. Langlois ; 14e M. Barbillion ; 15e M. Dufour ; 16e M. Carpentier ; 17e MM. Laffite, Aubert ; 18e MM. Journiac, Poupon, Mars ; 19e MM. Huguedin, Robert, Lomier ; 20e MM. Schrœder, Ertzbischoff.

— Par décision ministérielle, il sera ouvert à Paris, à partir du 15 décembre 1891, une série de concours pour 45 places d'agrégés à répartir de la manière suivante entre les Facultés de médecine ci-après désignées :

Pathologie interne et médecine légale : Paris, 4 ; Bordeaux, 2 ; Lille, 2 ; Lyon, 2 ; Montpellier, 3 ; Nancy, 1 ; Toulouse, 1.

Pathologie externe : Paris, 3 ; Lille, 1 ; Lyon, 3 ; Montpellier, 1 ; Nancy, 1 ; Toulouse, 1.

Accouchements : Paris, 1 ; Bordeaux, 1 ; Lille, 1 ; Lyon, 1.

Anatomie : Paris, 1 ; Bordeaux, 1 ; Lille, 2 ; Nancy, 1.

Physiologie : Lille, 1 ; Toulouse, 1.

Histoire naturelle : Paris, 1 ; Lyon, 1 ; Montpellier, 1.

Physique : Bordeaux, 1 ; Lille, 1 ; Nancy, 1.

Chimie et toxicologie : Lyon 1 ; Montpellier, 1.

Pharmacie : Paris, 1.

Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir :

Le 15 décembre 1891, pour la section de médecine (pathologie interne et médecine légale) ;

Le 1er mars 1892, pour la section de chirurgie et accouchements ;

Le 16 mars 1892, pour la section des sciences anatomiques et physiologiques et pour la section des sciences physiques.

Les candidats s'inscriront chacun d'une manière spéciale pour l'une des places mises aux concours dans chaque Faculté.

Traitement orthopédique dans les hôpitaux de Paris. — M. G. Berry, conseiller municipal de Paris, vient de faire la proposition suivante :

« Il sera créé dans deux hôpitaux de Paris, l'un choisi sur la « rive gauche, l'autre sur la rive droite, un service spécial pour le « traitement orthopédique. »

Ce service destiné à soigner les luxations et les fractures soit congénitales, soit accidentelles, sera muni de tous les appareils de gymnastique, d'électricité et d'hydrothérapie nécessaires, et confié aux mains de spécialistes expérimentés.

Les asiles d'aliénés. — La commission de la Chambre chargée d'examiner la proposition de M. Reinach sur le régime des aliénés visite actuellement les asiles de la Seine ; elle a examiné avec un grand soin le fonctionnement du bureau d'admission de l'asile Saint-Anne et elle s'est rendue aussi à l'asile de Ville-Evrard.

— M. le Dr Jules Janet, chef du service endoscopique de la clinique des voies urinaires de l'hôpital Necker, à Paris, est chargé d'une mission en Autriche et en Suisse, à l'effet d'étudier le fonctionnement des cliniques similaires.

— M. A. Castex, ancien prosecteur de la Faculté est chargé d'une mission scientifique à l'effet d'étudier dans les Universités d'Allemagne et d'Autriche, l'enseignement des maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Cours libre de gynécologie. — M. le Dr Doléris, accoucheur des hôpitaux, commencera un cours théorique et pratique de gynécologie en 18 leçons, 12 rue de Navarre, le mardi 23 juin à 4 heures, continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

A la Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

La pneumonie à Oyonnax (années 1888, 1889 et 1890), par le Dr Ch. Fiessinger, lauréat de l'Institut et de l'Académie de médecine. — Une brochure in-8°, de 110 pages avec tableaux hors texte. — Prix : 3 fr. 50.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 7 AU 13 JUIN 1891

Fièvre typhoïde, 4. — Variole, 0. — Rougeole, 44. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 6. — Diphtérie, croup, 23. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 167. — Autres tuberculoses, 39. — Tumeurs cancéreuses et autres, 50. — Méningite, 31. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 47 — Paralysie, 10. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 49. — Bronchite aiguë et chronique, 49. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 50. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 53. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 21. — Sénilité, 29. — Suicides et autres morts violentes, 38. — Autres causes de mort, 154. — Causes inconnues, 6. — Total 891.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F DE RANSE**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

PATHOLOGIE MÉDICALE

SUR L'ÉTAT DE L'APPAREIL DE LA VISION DANS LA MALADIE DE THOMSEN

par le Dr F. Raymond,

Agrégé, médecin de Lariboisière.

Depuis la description de Thomsen, les observations de cette affection se sont multipliées. M. le Dr Deléage, dans une thèse récente faite sous mon inspiration, thèse dont les conclusions ont été communiquées à la Société Médicale des hôpitaux (séance du 21 novembre 1890), a rapporté la plupart des exemples connus.

Il y a mis surtout en relief nos recherches sur les lésions anatomiques des muscles striés. Depuis cette époque, j'ai, de concert avec M. le Dr Kœnig, étudié la maladie de Thomsen, principalement au point de vue des phénomènes intéressant l'appareil de la vision.

Jusqu'ici l'attention des médecins semble avoir plus particulièrement été attirée par l'état de la musculature des globes oculaires. On sait que les troubles spasmodiques, si caractéristiques dans cette maladie, n'atteignent pas seulement les muscles des paupières, mais aussi les muscles propres des yeux : Weichmann, Strümpell, Wesphall, Eulenburg et Melchert, Pitres et Dallidet, Wising, etc., en ont cité des observations probantes.

Chez le malade de M. Marie, la vue était un peu moins nette après quelques mouvements convulsifs des paupières. La réaction pupillaire était lente dans un cas d'Engel, et normale dans un autre cas de Schaw et Flemming.

A ces constatations se borne le bilan de nos connaissances concernant l'état de la vision dans la maladie de Thomsen.

Deux malades, B. et M., dont les observations sont relatées minutieusement dans la thèse de M. Deléage, nous ont servi, à M. Kœnig et à moi, pour l'étude de l'appareil de la vision.

L'examen des yeux de B., pratiqué en juillet 1890, a fait constater un astigmatisme mixte de l'œil gauche (myopie et hypermétropie), qui amène un certain degré d'insuffisance musculaire. Œil droit normal. Le mouvement des yeux, dans les différentes directions du regard, s'exécute facilement. Les pupilles sont égales et réagissent bien aux excitations lumineuses. L'amplitude d'accommodation est normale.

Le *punctum proximum*, pour les deux yeux, en tenant compte de la myopie de l'œil gauche, est à 20 centimètres. Le malade lit sans aucune fatigue le n° 1 de l'échelle optométrique du Dr Parinaud. L'acuité visuelle est intacte. Pas de rétrécissement du champ visuel, ni de dyschromatopsie. Pas de lésions du fond de l'œil. Les troubles fonctionnels de la vision et de la musculature se manifestent dans différentes conditions que l'on peut du reste provoquer facilement. Deux faits sont surtout à retenir : 1° les troubles de la vue succédant ou accompagnant les contractions spasmodiques des muscles du corps ; 2° les spasmes cloniques et toniques des paupières, leur rétraction, assez forte, parfois, pour dépasser la région équatoriale du globe et simuler l'exophtalmie. Nous avons, de plus, constaté le signe de Graefe, la disjonction des mouvements des paupières et de ceux des globes oculaires.

Tous les mouvements qui nécessitent l'effort déterminent la contracture et l'immobilité ; à ce moment, le malade a souvent conscience d'un spasme qui retracte les paupières, rend les yeux saillants et amène la fixité du regard. Le même phénomène se produit à la suite d'un bruit subit ou quand le malade est appelé à l'improviste. Il s'accompagne souvent d'amblyopie transitoire ; celle-ci survient de préférence au moment d'une chute, et dure quelques minutes ; parfois la cécité est complète, il n'y a pas de perception de la lumière.

Tous ces phénomènes ne sont pas constants et ne se montrent pas tous avec la même fréquence. Le plus saillant est la rétraction des paupières qui laisse à découvert une certaine portion de la sclérotique.

En examinant de nouveau le malade en mars 1891, nous avons constaté que les muscles droits internes avaient augmenté d'épaisseur et de dimensions. Au repos, rien d'apparent. Mais si l'on dirige l'œil du côté externe, vers le champ extrême du regard, les muscles, alors dans le relâchement, se montrent épais, largement étalés et d'une coloration rosée tranchant nettement avec celle de la conjonctive.

C'est seulement dans ces derniers temps que cette hypertrophie musculaire s'est développée ; elle tend à envahir successivement tous les muscles droits. Déjà le droit externe de l'œil gauche est plus apparent qu'à l'état normal : on peut voir là un indice de l'évolution progressive de l'affection. En tout cas, l'augmentation de volume à laquelle participent les muscles extrinsèques, coexistant toujours avec un certain degré de faiblesse musculaire, explique, en dehors de la myopie, les symptômes fonctionnels observés, entre autres l'insuffisance musculaire, que l'on rend très manifeste avec un prisme de 10° à base tournée en haut.

Chez le deuxième malade, M., les globes oculaires sont dans leur position normale. Leur mobilité et le champ d'excursion

des muscles ne sont pas sensiblement modifiés lorsque les mouvements sont lents et de courte durée ; mais quand le malade a gardé les yeux fermés, il faut, en général, des secondes pour qu'il puisse ouvrir les paupières. Cette difficulté s'exagère quand le malade a fermé les yeux en serrant fortement les paupières ; leur ouverture se fait alors en plusieurs temps. Quand on lui ordonne de faire des efforts pour ouvrir les yeux, si, immédiatement on le fait regarder en bas, on voit que la paupière supérieure ne suit pas les mouvements du globe oculaire et reste rétractée. Le facies est alors assez semblable à celui du goitre exophtalmique avec rétraction du releveur des paupières. Quand on sollicite les mouvements des globles oculaires dans les différentes directions, on détermine la contracture. Elle est surtout notable pour les muscles qui président à l'élévation. Quand le malade a le regard en haut, il faut quelques secondes pour que l'abaissement des globes puisse se faire. Ceux-ci n'arrivent à être complètement abaissés qu'après avoir exécuté un mouvement de rotation. Ce phénomène s'accuse davantage quand on applique directement sur l'œil le courant faradique. On constate un défaut de convergence, que les changements qui se produisent quand on la sollicite, ne permettent pas de mesurer.

Le malade peut soutenir longtemps la lecture à une distance très rapprochée, sans éprouver de symptômes d'asthénopie. On ne provoque pas de contracture de l'accommodation, quand on le fait fixer pendant un certain temps.

Les pupilles sont égales, et réagissent normalement. Elles présentent seulement cette particularité qu'elles ne restent pas longtemps contractées par l'excitation lumineuse ; elles se dilatent aussitôt malgré la persistance de l'impression lumineuse.

Diplopie intermittente. Pas de rétrécissement du champ visuel, pas de dyschromatopsie. L'acuité visuelle est normale ; aucune anomalie de la réfraction, pas de lésions ophtalmoscopiques.

Un phénomène a appelé plus particnlièrement notre attention, c'est l'amblyopie et l'amaurose transitoires qui surviennent dans certaines conditions ; quand on provoque quelques mouvements de la tête, la vision devient confuse et ne s'éclaircit qu'au bout de quelques minutes.

Quand ces mouvements sont exagérés, le malade ne peut même distinguer le jour de la nuit, et il a, parfois, des sensations lumineuses.

Ces deux observations nous montrent que les phénomènes de contraction spasmodique peuvent atteindre les muscles volontaires des yeux. En outre, elles prouvent, au moins pour ces deux cas, que l'accommodation n'est pas intéressée, tandis qu'il peut survenir des troubles de la vision pendant les spasmes musculaires.

Cette intégrité de l'accommodation s'explique, croyons-nous, de la façon suivante : la plupart des auteurs s'accordent à dire que les muscles lisses, ceux de la vie organique, sont toujours indemnes dans la maladie de Thomsen, et que leurs fonctions ne subissent pas d'altération: Un malade de Fischer avait bien des troubles vaso-moteurs, un pouls dicrote, dépressible, dont la ligne d'ascension au sphygmographe, était oblique ; mais il faut remarquer que ces troubles circulatoires peuvent exister en dehors de la maladie de Thomsen, et que, dans ce cas, ils étaient probablement l'expression d'une affection surajoutée.

Eulenburg cite aussi un cas de troubles myotoniques de la musculeuse de la vessie, mais cette observation est douteuse au point de vue diagnostique, ainsi que le fait remarquer Erb.

Il n'existe donc pas d'observations probantes dans lesquelles les fonctions des muscles lisses aient été troublées d'une manière certaine. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que les muscles ciliaires, mnscles lisses comme on le sait, et les fibres de même nature de l'iris, ne soient pas intéressés dans la maladie de Thomsen.

L'iris a la même constitution anatomique que le corps ciliaire, et l'on sait que la volonté n'a aucun pouvoir sur ses mouvements isolés ; ce n'est que par une voie détournée qu'il est possible de modifier l'état pupillaire, en regardant par exemple, l'infini, le vide, en pensant à une distance éloignée.

Voilà un premier point qui nous a paru intéressant à mettre en lumière.

Un second point, non moins intéressant à considérer, est le suivant : l'amblyopie et l'amaurose passagères, remarquables surtout chez notre second malade. En imprimant à la tête des mouvements brusques, les muscles du cou entrent en contraction, et suivant la durée ou l'intensité du spasme musculaire, la vision est troublée ou est totalement supprimée. Pour expliquer ce phénomène on peut invoquer les troubles de la circulation rétinienne occasionnés par la pression exercée sur le globe par les muscles extrinsèques, ou d'autres troubles circulations de la base du cerveau résultant de la compression des carotides par la contracture des muscles du cou.

A la percussion, au moindre mouvement, on voit, en effet, chez notre second malade, les muscles acquérir un développement considérable, se pelotonner, et former des saillies ayant un fort degré de résistance au toucher. La circulation des carotides peut se trouver ainsi ralentie.

Mais, il est plus probable que les troubles visuels sont dus au même phénomène mécanique produit par les muscles des yeux. La compression, ainsi exercée, peut interrompre la circulation rétinienne ou produire l'anesthésie de la rétine. Donders, ayant comprimé l'œil d'un sujet, détermina de l'amblyopie et constata à l'examen ophtalmoscopique que les vaisseaux étaient exsangues ; on peut répéter facilement cette expérience sur soi-même. En comprimant l'œil entre deux doigts, on détermine, au bout de quelques instants la cécité; la vision s'abolit de la périphérie au centre, concentriquement.

Il est à noter aussi que chez tous les sujets atteints de maladie de Thomsen, les pupilles réagissent normalement aux excitations lumineuses.

Le cas d'Engel dans lequel les mouvements des pupilles étaient torpides, est douteux au point de vue du diagnostic. Du reste nous ferons remarquer qu'il faut tenir grand compte, dans l'appréciation des états pupillaires, de la façon dont le réflexe est recherché, et de l'intensité de la source éclairante. Il n'est pas le même suivant qu'on l'étudie à la lumière du jour ou après avoir abaissé la paupière supérieure. On peut ainsi modifier les conditions de pression intra-oculaire. Il est préférable de faire l'examen avec le miroir dans une chambre obscure.

Ces conditions qui varient avec le mode d'examen fournissent des résultats différents.

Du reste la pupille et l'iris se comportent comme le muscle ciliaire et la choroïde dont ils ont la même constitution anatomique.

En résumé, dans la maladie de Thomsen les muscles des paupières et des yeux, muscles soumis à l'action de la volonté, peuvent être le siège de contractures spasmodiques analogues à celles des autres parties du corps.

Ces contractures se manifestent aussi bien lors des mouvements spontanés, que lors des mouvements provoqués.

Les muscles propres des yeux peuvent s'hypertrophier à la

longue, et cette hypertrophie atteint de préférence les muscles droits.

L'accommodation n'est pas intéressée; on ne constate ni contracture, ni paralysie.

Ce fait concorde avec les notions qui ont cours sur la constitution anatomique du muscle ciliaire. On admet généralement que ce muscle est soustrait à la volonté. L'absence de troubles de l'accommodation, rencontrée chez nos deux malades, est un argument en faveur de l'opinion suivant laquelle les muscles extrinsèques n'interviennent pas dans le mécanisme de l'accommodation.

La réaction pupillaire est normale; il n'y a pas de lésion du fond de l'œil. L'acuité visuelle est peu altérée.

Il peut survenir de l'amblyopie et de l'amaurose transitoires, à la suite de contractions spasmodiques des muscles des yeux, soit isolées, soit combinées avec les mouvements de la tête et du cou.

CHIRURGIE PRATIQUE

ÉTUDE ET CRITIQUE EXPÉRIMENTALES DE LA TRACTION PAR LES POIDS DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU CORPS DU FÉMUR PAR L'EXTENSION DANS LA RECTITUDE.

Par le Dr Paul Thiéry,
Prosecteur de la Faculté.

(*Suite*) (1)

4° LES RÉSULTATS COMPARATIFS DE L'EXPÉRIMENTATION CADAVÉRIQUE SONT-ILS APPLICABLES A L'HOMME?

Parmi les principales objections qui peuvent être adressées à nos conclusions, une de celles qui paraît au premier abord le plus fondée consiste à nous reprocher de vouloir induire des expériences cadavériques à ce qui doit se passer en clinique.

A cela nous pourrions répondre que notre but est de déterminer expérimentalement quelques points de mécanique et de physique ayant rapport à la petite chirurgie et que le reproche dépasse notre but: nous l'accepterons cependant et nous le discuterons pour montrer qu'il n'a point l'importance qu'au premier abord on pourrait supposer.

C'est expérimentalement qu'on a essayé sur le cadavre la plupart des opérations de la chirurgie; n'est-ce point encore par des exercices cadavériques que l'on essaie de se familiariser avec les opérations dites à grand tort classiques de la chirurgie, amputations, etc?... Que les conditions de rétractilité, de contractilité (et nous savons en tenir compte), d'hémostase, varient, le fait n'est cependant pas douteux. Il en est de même pour le cas dont il s'agit. A coup sûr les conditions varient dans leurs détails lorsque la traction est appliquée sur le cadavre et sur le vivant; les faits restent vrais dans leur ensemble pour nombre de conditions physiques: le frottement de la corde sur la poulie et sa réflexion à ce niveau, le poids du membre, son frottement sur les draps de lit, sont les mêmes dans un cas comme dans l'autre. Etablissons donc le bilan des causes qui chez le vivant, puis chez le cadavre, entravent ou favorisent l'effort de la traction: l'inventaire fait, nous pourrons raisonner et voir si les chiffres que nous avons obtenus et qui diffèrent bien évidemment de ceux qu'on obtiendrait sur le vivant, doivent être jugés supérieurs ou inférieurs à la réalité.

(1) Voir les nos 24 et 25.

A. — *Causes qui chez le vivant favorisent l'effort de la traction.*

Parmi ces causes, nous citerons surtout 1° l'*absence de rigidité musculaire* ou, à défaut de rigidité, l'*absence de coagulation* des liquides de l'organisme qui donnent aux tissus, et au tissu musculaire principalement, une souplesse que le cadavre ne peut présenter alors même qu'il est envahi par la putréfaction. On ne saurait nier que cette cause n'intervienne efficacement chez le cadavre pour lutter contre l'effort qui tendrait *à donner aux muscles une longueur plus considérable que celle qu'ils présentaient après la mort*;

2° A côté des causes précédentes, il faut noter l'*élasticité musculaire qui manque totalement sur le cadavre*; tout ce qui est élastique est élongeable, et on arrive à cette conclusion en apparence paradoxale, c'est que l'élasticité musculaire peut, suivant les cas et suivant la proportion de quantité dans laquelle elle se trouve à l'égard de la force qui la sollicite, devenir soit un adjuvant, soit un obstacle à la traction. Du fait que le muscle est élongeable, il résulte que les fortes tractions doivent nécessairement faire échec à la propriété qu'il a de se raccourcir après avoir été allongé et trouver au contraire dans cette propriété une efficacité qu'elles ne sauraient rencontrer dans un tissu indifférent, les nerfs par exemple;

3° Enfin, une cause qui est de beaucoup plus importante que les précédentes, pensons-nous, réside dans les *mouvements, souvent inappréciables objectivement ou inconscients du membre inférieur*, et qui peuvent se reproduire sur le cadavre. Une traction étant appliquée et une indication dynamométrique obtenue, vient-on à percuter légèrement le membre, à le manier du bout des doigts, à lui imprimer ce que nous appellerions volontiers des mouvements de reptation inconscients, aussitôt l'on voit le degré dynamométrique augmenter. A notre avis, c'est une des causes qui favorisent le plus l'effort de la traction; qu'elle se produise à l'état de veille ou pendant le sommeil, elle nous paraît absolument incontestable, bien que le malade s'en défende constamment, et nous l'étudions avec quelque soin au courant de ce travail (1).

B. — *Causes qui chez le vivant luttent contre l'effort de la traction ou tendent à le diminuer.*

1° Nous ne ferons que mentionner l'état de veille incessante des muscles qui, même en l'absence de contraction, persiste encore et a reçu le nom de *tonus*;

2° Une des causes prépondérantes de cette catégorie c'est, à n'en pas douter, la *contractilité musculaire* volontaire ou non et ses formes exagérées, *contractions douloureuses* ou *réflexes*; tous ceux qui pour la réduction de luxations ou de fractures ont eu à lutter contre ce facteur important d'irréductibilité savent quel quantième on peut lui attribuer dans le bilan que nous cherchons à établir; nous voulons bien que la lenteur et la continuité de la traction (que celle-ci soit faite par des poids ou des tubes élastiques) finissent par lasser la vigueur du muscle; nous ne saurions admettre qu'il ne reste toujours vigilant et que pour être notablement diminuée la contractilité ait complètement disparu, d'autant qu'elle est sollicitée par une traction qui, normalement et chez le sujet sain, éveille cette contracture, et que d'autre part les poids, si leur traction était intermittente, ne seraient pas suffisants (on ne dépasse guère 4 à 6 kilogr. en pratique) pour avoir raison de la contraction musculaire;

3° L'*impossibilité d'appliquer des poids considérables* à cause

(1) Nous nous étendons sur ce point important dans le chapitre III de la troisième partie de notre travail.

de la production de la douleur et des contractions réflexes douloureuses elles-mêmes qu'elle détermine, vient encore grossir le nombre des causes défavorables à la traction chez le vivant. Nous disions qu'en pratique la traction ne peut guère dépasser 6 kilogr., nous en donnerons plus loin des preuves;

4° *L'élasticité musculaire*, que nous avons vue favoriser dans un sens la traction, l'entrave aussi, puisque à chaque moment elle réagit pour satisfaire à sa nature même; sur le cadavre, au fur et à mesure que l'on ajoute ou que l'on ôte des poids, ce qui est acquis reste relativement acquis à cause de la très faible élasticité dont jouissent encore les muscles; si l'on pouvait expérimenter de même sur le vivant, l'élasticité musculaire voudrait être satisfaite à chaque changement de poids et l'acquis ne pourrait être conservé, en d'autres termes, *l'élongation lente du muscle serait fort problématique sous l'influence des faibles tractions que l'on peut appliquer*;

5° Reste une dernière cause qui lutte dans le même sens et que personne ne contestera: ce sont les *mouvements insensibles et eux aussi inconscients du malade* qui, tantôt par glissement du tronc, tantôt à la suite de mouvements composés, se rapproche insensiblement de la poulie au lieu de lutter contre l'effort.

Je sais que l'on possède de nombreux appareils à contre-extension; je sais que l'on incline les pieds du lit pour faire de l'auto-contre-extension : pur traitement palliatif trop souvent inefficace et incomplet (1).

6° Nous ne faisons que mentionner le fait de l'impossibilité d'appliquer la traction sur le squelette et le point de fixation de cette traction *sur la peau* du membre à l'aide de bandelettes de diachylon; nous en avons déjà parlé au début dans la notice historique qui suit les premières pages. Cette cause est déjà signalée par M. Hennequin. (*Revue de chirurgie*, 1886.)

C. — *Causes qui sur le cadavre favorisent l'effort de la traction.*

1° En premier lieu nous signalerons *l'inertie du tronc* qui seule est capable de produire dans la plupart des cas une contre-extension parfaite, et aussi la possibilité de fixer *exactement* le tronc pour faire résistance aux fortes tractions;

2° La *possibilité d'appliquer des tractions considérables* sans que les muscles puissent réagir;

3° Le *défaut d'élasticité musculaire* et parfois un léger degré d'*altération des tissus* qui permet de considérer comme acquis en grande partie tout allongement une fois obtenu; la fibre musculaire reste étirée et même chez les sujets dont la mort n'est point fort ancienne l'élasticité est faible et le tonus presque nul;

4° Enfin nous devons faire remarquer que la *contraction ne pouvant exister*, il est quelques expériences où aucune des propriétés physiologiques du muscle ne peut être mise en jeu c'est-à-dire principalement les cas où un chevauchement étant produit et les muscles par ce fait, même relâchés, la traction s'efforce de donner de nouveau au membre sa longueur primitive, c'est-à-dire celle qui est compatible avec l'état d'inertie cadavérique des muscles;

5° La traction peut, comme dans nos expériences, être appliquée *directement* sur le squelette et non sur la peau comme sur le vivant. (Voyez notice historique du commencement de notre travail.

(1) Du moment que l'on admet que le poids du corps et les frottements du tronc sont suffisants pour produire la contre-extension, il faut bien admettre aussi que les frottements et le poids du segment de membre situé au-dessous de la fracture peuvent être notablement augmentés par la situation déclive du plan du lit.

D. — *Causes qui sur le cadavre luttent contre l'effort de la traction ou tendent à le diminuer.*

1° Il est presque inutile de revenir sur ce que nous avons dit à propos de l'influence de l'*élasticité musculaire qui est si faible sur le cadavre*;

2° Dans cette catégorie nous devons aussi inscrire l'état de demi-rigidité produit non par la rigidité cadavérique proprement dite qui n'est pas durable, mais par le *refroidissement et la coagulation consécutive des milieux* de l'organisme qui enlèvent aux tissus leur plasticité; cet obstacle entre surtout en jeu lorsqu'il s'agit d'étirer pour ainsi dire le membre au-delà de sa longueur normale; nous eussions pu y suppléer par l'élevation de la température du cadavre à un degré élevé; la difficulté de cette opération inconciliable avec la conservation du membre pendant de longues journées nous a fait laisser de côté ce genre d'expérimentation. Ajoutons que cet obstacle ne saurait entrer en ligne de compte que dans les cas où il s'agit d'étirer le muscle au-delà de sa longueur primitive.

Afin d'avoir bien sous les yeux l'ensemble de ces conditions, nous croyons utile de les résumer en quelques lignes avant d'en faire la balance.

CAUSES QUI FAVORISENT LA TRACTION

Sur le vivant. — Absence de rigidité musculaire et de coagulation des tissus; élasticité musculaire; mouvements insensibles du segment de membre lésé.

Sur le cadavre. — Inertie du tronc; possibilité d'appliquer des poids considérables; absence d'élasticité musculaire; relâchement des muscles (v. plus haut) résultant de l'absence de contractilité; application directe de la traction au squelette du membre; élasticité de la peau légèrement diminuée.

CAUSES QUI FONT OBSTACLE A LA TRACTION

Sur le vivant. — Tonus musculaire; contraction musculaire et contractures; élasticité musculaire (1); difficultés de la contre-extension; application de la traction sur la peau et non sur le squelette; élasticité de la peau.

Sur le cadavre. —Absence d'élasticité musculaire (2); rigidité partielle provenant de la coagulation des milieux.

En un mot ce qui prédomine chez le cadavre c'est l'absence de phénomènes d'ordre physiologique, contractilité, tonus; tous les deux sont des obstacles à la traction; ou des phénomènes d'ordre physique élasticité qui intervient en partie pour, en partie contre la traction.

A opposer à cette différence nous avons, faisant obstacle à la traction sur le cadavre, la rigidité partielle qui doit être prise en considération; d'autre part favorisant la traction, une cause fondamentale dont l'importance prime toutes les autres: le relâchement musculaire. Si l'on ajoute que sur le cadavre la contre extension est parfaite, les phénomènes douloureux absents, etc..., il est légitime à notre avis de formuler ainsi la conclusion qui découle de ces considérations: « *Sans doute on ne saurait appliquer au malade les résultats de l'expérience faite sur le cadavre dans toute leur intégrité. Cependant considérant que si les conditions biologiques sont changées, les conditions mécaniques et physiques (poids-frottement-poulie) restent les mêmes, considérant d'autre part que la plupart des propriétés biologiques disparues chez le cadavre sont des obstacles à l'efficacité de la traction, il est permis de conclure que s'il y a lieu de modifier les résultats de l'expérience, c'est par*

(1) Nous avons expliqué plus haut pourquoi ce facteur intervient dans deux catégories opposées.

(2) Même remarque.

une majoration des chiffres qui marquent la traction que cette différence doit être exprimée. » En d'autres termes la traction doit toujours être *plus élevée sur le vivant* que sur le cadavre pour corriger des lésions égales.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

BACTÉRIOLOGIE

(*Suite*) (1).

VI. — Présence des coccus pyogènes constatée dans le sang d'un sujet en état de pyémie, par le Dr von Eiselsberg. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1891, n° 23, p. 553.)

VII. — Sur l'élimination de micro-organismes pathogènes par la sueur, par le Dr C. Brunner. (*Ibidem*, n° 21, p. 505.)

VIII. — Contribution a l'étiologie de la septicémie des nouveau-nés, par le Dr J. Karlinski. (*Nowiny lekarskie*, 1891, nos 1, 2 et 3; analysé in *Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 21, p. 714.)

IX. — Nouvelles contributions a l'étude de l'ictère fébrile, par le Dr Karlinski. (*Fortschritte der Medicin*, 1891, n° 11, p. 456.)

X. — Quatre cas de maladie charbonneuse chez l'homme, par le Dr E. Jacobi. (Analisé *Ibidem*, 1891, n° 10, p. 439.)

XI. — Recherches sur les causes de l'immunité congénitale et de l'immunité acquise, par le Dr O. Lubarsch. (*Zeitschrift für Klinische Medicin.*, 1891, t. XVIII, fasc. 5 et 6, p. 421; t. XIX, fasc. 1 et 2, p. 80, fasc. 3, p. 215 et fasc. 4, p. 360.)

VI. — M. von Eiselsberg, assistant du prof. Billroth, a soumis à l'examen bactérioscopique la sueur d'un malade affecté d'une pyémie consécutive à une ostéomyélite; cet examen a fait constater la présence des bactéries pathogènes dans la sueur. Il se réservait de livrer le fait à la publicité une fois qu'il aurait eu l'occasion de rechercher la présence des bactéries pyogènes dans les glandes sudoripares de la peau d'un sujet en état de pyémie. Une récente communication de Brunner, au dernier congrès de la Société allemande de chirurgie, et relative à l'élimination à travers les glandes sudoripares des micro-organismes contenus dans le sang, a déterminé von Eiselsberg à publier dès maintenant les résultats de ce premier examen.

Le sujet dont la sueur a servi à ces recherches, un homme de 31 ans, avait subi l'amputation de la cuisse trois semaines avant de succomber à la pyémie. L'amputation avait été nécessitée par une arthrite suppurée du genou. Le pus retiré de cette articulation contenait une grande quantité de staphylocoques dorés; on a réussi à obtenir des cultures pures de cette bacterie, après ensemencement du pus en question. Même résultat avec le pus retiré de l'une des jointures scapulo-humérales.

D'autre part des ensemencements faits avec du sang tiré du lobule de l'oreille du malade ont également donné des cultures pures du même staphylocoque.

Enfin, la veille du jour où le malade a subi l'amputation de la cuisse, on avait recueilli de sa sueur au niveau du front, en une région qui avait été au préalable rendue parfaitement aseptique. Des parcelles de cette sueur furent ensemencées dans de la gélatine de culture (dix tubes), et dans de l'agar (dix tubes). Seize tubes sur vingt sont restés stériles. Dans deux tubes contenant de l'agar, on vit éclore une colonie blanche d'abord, jaune ensuite, formée par des staphylocoques dorés. Dans un troisième tube, contenant de l'agar, il se développa une colonie formée en partie par des staphylocoques dorés, en partie par des coccus de dimensions trois fois plus grandes. Enfin dans la gélatine d'un dernier tube il se développa également des amas de staphylocoques, après qu'on eut répandu la gélatine pour lui donner la forme de plaques.

Incidemment, M. von Eiselsberg mentionne en termes concis deux observations qui démontrent la présence des staphylocoques dans le lait, chez deux femmes dont l'une avait un panaris avec tuméfaction phlegmoneuse de la main, et l'autre une mastite du sein droit survenue quinze jours après un accouchement (chez cette seconde femme, le lait qui servit aux ensemencements avait été tiré du sein gauche).

VII. — Dans le travail auquel il a été fait allusion plus haut, C. Brunner passe rapidement en revue les principales recherches ayant en pour objet l'étude de l'élimination des bactéries contenues dans le sang, par les diverses voies d'excrétion. Il est démontré que les bactéries peuvent s'éliminer à travers le filtre rénal, mais on discute encore sur le point de savoir si cette élimination peut se faire alors que les éléments sécréteurs des reins sont en état de parfaite intégrité, si elle n'implique pas une altération préalable de ces éléments sécréteurs.

La question est au même point pour ce qui concerne l'élimination des bactéries du sang à travers la muqueuse de l'intestin. Suivant les uns (Wissokowitsch) cette élimination ne peut se faire qu'autant que la muqueuse intestinale est envahie par des lésions plus ou moins désorganisatrices; d'autres (Emmerich et Buchner, Trambusti et Mafucci) prétendent que l'élimination des bactéries peut se faire à travers la muqueuse intestinale intacte.

D'un autre côté, Passet a démontré que les staphylocoques pyogènes peuvent s'éliminer avec les larmes, à travers la conjonctive.

Enfin, les expériences d'Escherich, de Longard, de Karlinski semblent avoir fourni la preuve du passage dans le lait des micro-organismes chariés par le sang.

Reste la question de savoir si l'élimination des bactéries contenues dans le sang peut se faire à travers la sueur. On a vu plus haut que la preuve de cette élimination a été fournie par von Eiselsberg. Précédemment deux auteurs italiens, Zuliani et di Mattéi, avaient conclu de leurs recherches que chez les tuberculeux, les bacilles spécifiques ne s'éliminent point par la peau. Puis un autre Italien, Queirolo, avait démontré que les produits toxiques chariés par le sang dans certaines maladies (pneumonie, malaria, variole, rhumatisme, fièvre typhoïde) passent dans la sueur.

Les recherches de Brunner ont été faites avec la sueur d'un sujet atteint d'un anthrax de la tête, et chez lequel s'était développée consécutivement une pyémie chronique. Les ensemencements faits avec cette sueur ont fait éclore des colonies du staphylococcus albus, à une époque où la présence de ce même micro-organisme pouvait être constatée dans le sang.

D'autres expériences faites sur des porcs et des chats ont démontré que des micro-organismes, pathogènes ou autres, en circulation dans le sang, sont éliminés avec la sueur obtenue en provoquant la diaphorèse par des excitations électriques ou chimiques. Dans l'une de ces expériences il s'est fait voir en outre, que des bactéries injectées dans le sang avaient passé dans la salive, après administration de la pilocarpine.

VIII. — Les recherches de Karlinski, dont il a été parlé

(1) Voir le numéro précédent.

quelques lignes plus haut, ont été entreprises dans le but d'élucider la question de l'étiologie de la septicémie des nouveau-nés. Ces recherches ont porté sur un cas de fièvre puerpérale chez une femme, et, d'autre part, sur des femelles d'animaux auxquelles on avait inoculé des bactéries pathogènes dans le sang. M. Karlinski conclut que le passage dans le produit de sécrétion des mamelles des microcoques pyogènes inoculés dans le sang est possible. Ce passage s'effectue dans un temps relativement court; il est plus accentué dans les cas d'infection généralisée que dans les cas d'inflammation purulente localisée dans une mamelle.

M. Karlinski a constaté en outre que des micro-organismes qui pénètrent dans le sang après avoir été absorbés à la surface des organes génitaux, s'éliminent également avec le lait. Donc, quand ce produit de sécrétion renferme des micro-organismes pathogènes, il en peut résulter des altérations du côté des voies digestives des nourrissons.

IX. — Dans un précédent travail (*Fortschritte der Medicin*, 1890, n° 5, p. 00) Karlinski avait publié cinq observations d'ictère, qu'il avait eu l'occasion d'observer dans la ville de Stolac (Herzégovine), dans le courant de l'année 1890. La courbe de température, relevée chez ces malades, présentait de grandes analogies avec la courbe de la fièvre récurrente. D'autre part M. Karlinski avait réussi à découvrir dans le sang de ses malades, des micro organismes incurvés, dont quelques-uns se prolongeaient en forme de spirilles, mais de spirilles beaucoup plus petites que celles qu'on trouve dans le sang des sujets atteints de la fièvre récurrente. Dans ces conditions l'auteur avait cru devoir rester sur la réserve, relativement à la question de savoir si les cinq cas observés par lui se rapportaient à la fièvre récurrente ou à une nouvelle maladie infectieuse.

Dans l'intervalle, Karlinski a eu l'occasion d'observer 15 nouveaux cas semblables aux 5 premiers, et dont 13 ont pu faire l'objet d'une étude minutieuse. De plus il lui a été possible de constater la présence des spirilles d'Obermeyer dans le sang de plusieurs malades. La preuve est donc faite que ces cas d'ictère fébrile n'étaient en somme qu'une modalité de la fièvre récurrente. Cette maladie compliquée d'ictère peut se présenter sous deux formes différentes : Dans l'une, le sang contient les spirilles bien caractéristiques; dans l'autre forme, les spirilles qu'on trouve dans le sang des malades sont plus petits, moins mobiles, atteints dans leur vitalité; bref il semble qu'elles aient subi le retentissement des altérations qu'éprouve le sang à la suite des attaques de la fièvre à rechutes.

X. — A la clinique dermatologique de Breslau on avait fait, dans un but thérapeutique, des centaines d'injections arsenicales, sans jamais observer des accidents inflammatoires ou suppuratifs locaux; à l'exception d'un petit abcès. Puis 4 malades, qui venaient se faire traiter à la consultation externe, et auxquels on avait fait le même jour une injection arsenicale au bras, présentèrent de l'œdème du membre correspondant avec fièvre et autres manifestations graves.

On soupçonna d'abord qu'il s'agissait, chez ces quatre malades, d'une infection transmise par l'intermédiaire de la solution arsenicale; mais des ensemencements faits avec des parcelles de cette solution ne donnèrent que des résultats négatifs, d'ailleurs d'autres malades injectés ce même jour avec la même solution n'en avaient été en rien incommodés. Or, des recherches ultérieures ont démontré que des spores charbonneuses, déposées pendant huit jours dans une solution arsenicale (phéniquée), de même composition que celle qui est en usage à la clinique dermatologique de Breslau, conservent leur vitalité et leur virulence.

L'un des quatre malades, qui avait été injecté le premier, a succombé. L'examen histologique de sa muqueuse gastro-intestinale a fait constater la présence de bactéries charbonneuses au sein d'ulcérations et de foyers hémorrhagiques.

Même constatation a été faite dans le tissu cellulaire souscutané de l'un des trois autres malades. Les cultures obtenues après ensemencement de ces bactéries ont été virulentes directement pour les souris et les cobayes, et pour d'autres espèces animales (lapins) seulement après avoir passé par l'organisme des cobayes; c'étaient donc des bactéries atténuées dans leur virulence.

Bref, il a paru très vraisemblable d'admettre que l'infection charbonneuse avait eu son point de départ chez le premier sujet, un fripier, qui passait une bonne partie de son temps à nettoyer de vieux habits, que ce sujet était infecté avant qu'on lui fît l'injection arsenicale, que la seringue à injection a puisé le virus charbonneux dans les humeurs de ce premier sujet et l'a transmise ensuite aux trois autres.

XI. — Le travail de O. Lubarsch comprend une étude critique et historique très complète des différentes théories émises pour rendre compte de l'immunité congénitale ou acquise. Les développements de ce consciencieux travail sont tels qu'il est impossible d'en donner à cette place une analyse. Je me contenterai donc de reproduire les conclusions de la fin, formulées par l'auteur :

1° L'immunité congénitale absolue peut tenir au défaut de matériaux nutritifs assimilables (ascidies) ;

2° Mais elle peut aussi être le produit d'une réaction exercée par les cellules corporelles, qui, sous l'influence de l'irritation subie de la part des micro-organismes envahisseurs, voient leur puissance anti-parasitaire augmenter dans une proportion considérable (grenouilles, rats gris, chiens, etc.);

3° Dans les cas où existe une immunité naturelle relative, le renforcement des propriétés anti-parasitaires des cellules n'est obtenu qu'à la suite d'une multiplication locale considérable des bactéries immigrées. Entre cette immunité et l'état de réceptivité absolue, il y a toutes sortes de degrés de transition ;

4° L'immunité acquise est réalisée par les produits chimiques de désassimilation, émanant, les uns, des bactéries, les autres des cellules corporelles ;

5° La formation de ces produits entraîne une métamorphose totale des échanges nutritifs des territoires cellulaires, métamorphose qui paraît atteindre son apogée chaque fois qu'il se fait une nouvelle immigration de bactéries virulentes.

Indications Bibliographiques.

Moos. — *Sur les relations des micro-organismes avec les affections de l'oreille moyenne et leurs complications.* (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 11, p. 392 et n° 12, p. 432.)

A. Favre. — *Sur l'éclampsie puerpérale. Recherches expérimentales et bactériologiques.* (*Virchow's Archiv.*, 1891, t. CXXIV, fasc. 2, p. 177.)

O. Lubarsch. — *Sur la transmission intra-utérine de bactéries pathogènes.* (*Ibidem*, p. 47.). — *Un cas de pneumonie septique chez un nouveau-né occasionné par le bacillus enteridis.* (*Ibidem*, t. CXXIII, fasc. 1, p. 70.)

G. Martinotti et O. Barbacci. — *Sur la physiopathologie de la maladie charbonneuse.* (*Fortschritt der Medicin*, n° 10, p. 411 et n° 11, p. 451.)

E. Ricklin.

REVUE DE BACTERIOLOGIE

De quelques associations microbiennes dans la diphtérie, par M. H. Barbier. (*Archives de médecine expérimentale*, mai 1891.)

L'agent spécifique de la diphtérie est un bacille, le bacille de Klebs-Lœffler. Il peut déterminer une angine diphthérique pure, toujours la même dans ses caractères objectifs; c'est celle que l'on obtient expérimentalement chez les animaux, le pigeon par exemple, en inoculant sur la muqueuse pharyngée préalablement traumatisée, une culture pure de bacille diphtérique; c'est celle que l'on peut observer également chez l'homme dans certaines circonstances.

Mais de telles circonstances ne sont point fréquentes; l'angine diphtérique pure est relativement rare, tandis que nombreuses et variées sont les manifestations cliniques de ces angines. L'idée vient alors à l'esprit que dans ces cas la diphtérie n'est plus seule en jeu et que d'autres microorganismes trouvant dans la muqueuse déjà malade du fait de la diphtérie ou dans les exsudats qui la recouvrent, un terrain favorable, peuvent à leur tour entrer en scène et donner lieu à des accidents contemporains de la diphtérie, mais sans rapports immédiats avec elle.

Ces cas complexes représentent les *formes infectieuses* de la diphtérie, que M. le professeur Grancher a pu si justement opposer aux *formes toxiques* dans lesquelles le bacille diphtérique, seul en jeu, agit, comme on sait, uniquement par ses toxines.

La question ainsi présentée, M. Barbier s'attache à déterminer quels sont les nouveaux microorganismes qui interviennent dans les cas infectieux. Il en a rencontré surtout trois, avec une fréquence variable, dans la gorge des diphtériques; les deux premiers sont des streptocoques qu'il désigne par les lettres α et β et le troisième un micrococque, le micrococque γ. Le streptocoque α est un organisme indifférent, alors que le streptocoque β et le micrococque γ, le premier surtout, jouent un rôle important dans les diphtéries dites graves ou toxiques.

Le streptocoque α se trouve souvent dans les angines à exsudat, diphthériques ou non. C'est un parasite accidentel, se développant bien sur les divers milieux de culture, et formant, par coloration avec les couleurs d'aniline, des chaînettes riches en grains. Il est plus gros que le suivant dont il se distingue aisément même sous le microscope.

Le streptocoque β est associé au bacille dans la gorge des diphthériques quand la muqueuse est rouge, tuméfiée, avec ou sans fausses membranes épaisses, celle-ci étant le plus souvent molles et diffluentes. L'adénopathie est alors toujours très marquée, ainsi que l'infiltration du tissu cellulaire du cou.

Le jetage en donne des cultures très riches. Dans trois cas, M. Barbier l'a retrouvé dans le sang du cœur et une fois dans les végétations d'une valvule mitrale atteinte d'endocardite récente.

Le streptocoque se développe bien dans les divers milieux de culture, à 35° c.; mais les cultures perdent rapidement leur pouvoir reproducteur et leur virulence. Les inoculations des cultures de vingt-quatre ou quarante-huit heures tuent les cobayes en trois ou quatre jours, avec des phénomènes inflammatoires locaux, au point d'inoculation; abaissement de la température et affaissement général plus ou moins grand des animaux. On le retrouve alors dans les humeurs des animaux en expérience.

Il est donc doué d'un pouvoir très virulent. Mais a-t-il une action et ne peut-il par cela même favoriser le développement ultérieur de la diphthérie? M. Barbier a étudié la question et cherché à l'élucider par l'expérience suivante.

Si l'on dépose sur la muqueuse vaginale de femelles de cobayes une culture récente de streptocoques, il se développe une vaginite légère et curable; mais si on l'associe à la diphthérie, on observe dès le lendemain une vaginite intense, rappelant par ses caractères l'aspect et les lésions de la muqueuse pharyngée chez l'homme dans les formes graves de diphthérie; la mort peut même arriver dans certains cas. Une autre expérience a démontré l'accroissement de virulence du bacille diphthéritique déposé sur une muqueuse que l'on avait inoculée quatre semaines auparavant avec le streptocoque β.

Il faut donc attacher de l'importance à une affection streptococcique passée ou latente, l'infection diphthérique semblant donner une virulence nouvelle au streptocoque, hôte de la muqueuse. De là aussi l'importance des angines dites simples ou *a frigore*, souvent dues au streptocoque, comme prédisposant non seulement à la diphthérie, mais encore à ses formes graves.

En sorte qu'on peut concevoir de trois manières la réalisation de cette infection mixte :

1° Ou bien le bacille s'installe sur une muqueuse modifiée par le streptocoque à une époque plus ou moins éloignée, *forme infectieuse primitive*.

2° Ou bien l'infection bacillaire est contemporaine de l'infection streptococcique, *forme infectieuse d'emblée*.

3° Ou bien le streptocoque envahit une gorge diphthérisée, forme infectieuse secondaire.

C'est la dernière de ces formes que l'on peut le mieux prendre sur le fait par l'examen clinique.

Micrococque γ. Il est le plus constant des micrococques que l'on rencontre d'ailleurs très fréquemment. Il se trouve surtout dans les cas accompagnés de rougeur de la muqueuse, d'excrétion muco-purulente et de jetage muco-purulent. Il peut se trouver associé au streptocoque alors que le bacille est absent dans certaines formes d'angines à exsudats.

Ses cultures sont très manifestes sur agar, et sur sérum. Il ne liquéfie pas la gélatine.

Au microscope, c'est un coccus souvent en forme de diplocoque, et ne constituant que fort rarement de courtes chaînettes.

Il ne semble pas posséder pour le cobaye de propriétés pathogènes quand on inocule des cultures récentes. Mais il est phlogogène sur les muqueuses et détermine chez les cobayes une vaginite qui dure quelques jours et s'éteint.

Associé à la diphtérie, il produit une vaginite avec fausses membranes et écoulement, vaginite d'ailleurs infiniment moins grave que celle déterminée par le streptocoque et la diphtérie.

Les cultures simultanées de ce coccus et du bacille montrent que le développement du premier se fait avec une grande prédominance sur le second. Ce mélange est très virulent, l'inoculation détermine chez le cobaye la mort en trois jours, avec suppuration locale.

— De ce qui précède il résulte qu'on peut d'ore et déjà distinguer deux formes cliniques de diphtérie. Ce sont celles que M. Barbier appelle : 1° angine diphtérique pure, angine toxique; 2° angine diphthérique streptococcique, angine infectieuse.

Angine toxique; diphthérique pure.— Elle est due au bacille et à lui seul; le terme d'angine toxique lui appartient dans toute sa rigueur; elle représente chez l'homme l'angine expérimentale.

Cette diphthérie apparaît chez l'homme, de préférence quand le temps n'est ni bas ni humide. Dans les hôpitaux d'enfants ces diphthéries d'apparence plus bénigne se montrent par séries, en été particulièrement, et il suffit de quelques jours de pluie pour voir arriver coup sur coup des enfants présentant au plus haut degré l'aspect des formes infectieuses. Les cultures que l'on obtient de ces angines à allures les moins tapageuses, jouissent tout aussi bien d'une virulence extrême. Ce sont donc bien des *diphthéries toxiques*.

En voici, sommairement, les caractères principaux : *mal de gorge souvent nul*, pouvant même passer inaperçu, pas de fièvre, pas de mal de tête, pas de courbature.

Fausses membranes typiques, blanches; muqueuse presque normale.

Adénopathie absente ou à peine appréciable.

Propagation au larynx fréquente ; ce sont fréquemment les symptômes du croup qui seuls attirent l'attention sur l'affection jusqu'alors latente.

On observe plus tard la diphthérie bronchique, avec rejet de fausses membranes tubulées et à laquelle les malades succombent souvent par asphyxie.

Le coryza est couenneux dans toute l'acception du terme, avec *enchifrènement sans jetage*.

La mort survient par asphyxie causée par la diphthérie bronchite sans pus ni muco-pus. Ou bien ce sont des accidents nerveux, à brève ou longue échéance : syncope, paralysie, qui terminent la maladie, mort par intoxication.

Si la guérison a lieu, elle est suivie d'anémie plus ou moins marquée; les accidents nerveux d'ordre paralytique restent une menace constante.

L'examen bactériologique de la fausse membrane donne des cultures pures du bacille de Lœffler associé ou non à des microbes de l'air inconstants et variables.

Localisé dans les fausses membranes et sur les muqueuses, le bacille ne pénètre pas dans le sang, mais il secrète sur place des toxines qui, absorbées sont la cause, et la seule, des accidents, ceux-ci variant de gravité selon le nombre des colonies, les degrés de la virulence, etc.

Angine diphthérique streptococcique. — Ses caractères sont absolument différents de l'affection précédente, et à telle point que l'on hésite à classer ces faits. Il existe là une association microbienne de la plus haute importance : le streptocoque β et le bacille diphthérique.

Mais le streptocoque domine toute la scène, et si les malades sont bien diphthériques parce que le bacille existe incontestablement, ils représentent plutôt des septicémiques, car c'est le streptocoque que l'on rencontre là où se manifestent des complications, et dans la gorge, et dans le sang et dans les viscères; c'est donc là une forme complexe, la plus grave des *diphthéries infectieuses*, elle mérite par conséquent le nom de *diphthérie streptococcique*, et répond aux angines diphthériques hypertoxiques des traités classiques.

Le streptocoque β est constant dans ces formes ; les exsudats de la gorge, le jetage, de quelque nature qu'il soit, en donnent des cultures riches. M. Barbier l'a retrouvé dans le sang, dans le cœur, dans un cas d'endocardite, dans le pus d'un bubon diphthérique, dans les bronches et le poumon.

La présence du streptocoque dans des conditions toujours identiques au milieu d'un complexus clinique toujours le même, permette de penser que cet organisme joue dans cette forme de diphthérie un rôle pathogène important; il imprime son allure spéciale à cette variété clinique dont voici les principaux caractères.

Aspect typique de la face et du cou; teint plombé, face bouffie, etc.

Bouche ouverte, haleine horriblement fétide ; douleur à la déglutition; gorge énormément tuméfiée; muqueuse rouge, sanieuse, saignante.

Fausses membranes épaisses, mollasses, putrilagineuses, parfois absentes.

Cou énorme, *proconsulaire*, tenant à la tuméfaction ganglionnaire et à l'infiltration œdémateuse du tissu cellulaire du cou.

Jetage abondante, muco-purulent, parfois hémorrhagique.

Marche de l'affection suraiguë : mort en vingt-quatre ou trente-six heures, ou plus lente, et alors accompagnée de complications propres au streptocoque. A l'autopsie, on trouve, non plus la *diphthérie*, mais de la bronchite suraiguë purulente avec ou sans suppuration de la plaie si l'on a pratiqué la trachéotomie, du phlegmon péritrachéal, etc., complications dans lesquelles le streptocoque domine.

Dans ces cas la canule laisse s'échapper une expectoration purulente particulière du plus mauvais augure; l'albumine existe dans les urines. L'abattement est extrême.

La guérison est rare ; quand elle a lieu, la convalescence est longue, et s'accompagne souvent d'autres complications streptococciques : adénites suppurées, phlegmons, etc.

Le bacille diphthérique existant dans le jetage dès les premiers instants, le danger de la contagion ne réside pas seulement dans la fausse membrane, mais aussi dans les compresses, mouchoirs, etc... qui en ont été souillés et qui deviennent dès lors des agents de transmission redoutables.

En somme la présence du streptocoque dans la gorge est dangereuse à un double point de vue, en créant par son action sur la muqueuse une prédisposition à la diphthérie, et celle-ci une fois développée, en constituant avec le bacille une association microbienne redoutable.

— Tel est l'analyse, ou plutôt le résumé du travail de M. H. Barbier, travail où l'on trouve des faits qui intéressent non seulement les bactériologistes mais encore et surtout les cliniciens. Ces recherches éclairent la pathogénie des angines diphthériques d'apparence si différentes; elles nous expliquent le pourquoi de l'infection profonde de certaines formes et nous montrent l'importance des angines simples, qui peuvent être des portes d'entrées aux formes les plus redoutables de la diphthérie.

R. FAURE-MILLER.

BULLETIN

TRAITEMENT DE LA COLIQUE HÉPATIQUE PAR L'HUILE D'OLIVE A HAUTES DOSES.

Il y avait déjà plusieurs années que l'emploi de l'huile à hautes doses dans le traitement de la colique hépatique était pratiqué à l'étranger, quand M. Chauffard est venu faire connaître chez nous les faits qui avaient attiré son attention. Peu de temps auparavant M. Touâtre, de la Nouvelle-Orléans, avait publié un certain nombre d'observations qui ne laissaient guère de doute sur l'efficacité de cette méthode. Depuis, les faits se sont accumulés, donnant à celle-ci une importance

que l'on n'avait pas soupçonnée d'abord et qui est attestée par les publications déjà nombreuses parues sur ce sujet. Un des plus récents parmi ces travaux, est celui que M. Willemin, médecin à Vichy, vient de faire paraître et dans lequel notre confrère expose les résultats de son expérience personnelle, cherchant du même coup à donner une théorie capable d'expliquer le mode d'action d'un moyen fort discuté encore à l'heure présente, en dépit des faits positifs qui établissent son efficacité. Les neuf observations qui forment la base de ce travail représentent autant de succès et sont par conséquent autant de preuves à l'appui de la méthode. Un fait se dégage de la lecture de ces observations : c'est la promptitude d'action vraiment surprenante du remède. Chaque fois c'est à peine s'il s'est écoulé un intervalle de quelques minutes entre l'ingestion de l'huile et le moment où la douleur a commencé à diminuer d'une manière appréciable. Cette particularité est bien faite pour surprendre et, au premier abord, elle déroute tout essai d'explication. M. Willemin s'est attaché avec soin à examiner chacune des hypothèses qui peuvent être proposées dans ce cas particulier.

Une première interprétation proposée est celle qui consisterait à mettre l'amélioration si prompte sur le compte d'une influence morale, d'une sorte de suggestion. Cette explication n'a rien que de très vraisemblable dès l'instant qu'il s'agit de sujets hystériques, nerveux, à l'esprit impressionnable, crédule, accessible aux influences les plus diverses : mais les malades qui ont fourni le sujet des observations de M. Willemin n'étaient pas dans cette catégorie et d'ailleurs on s'était abstenu vis-à-vis d'eux de toute préparation morale préliminaire qui aurait pu être considérée comme une tentative de suggestion, d'ailleurs très difficile à réaliser vis-à-vis de patients généralement fort déprimés par l'intensité même et la durée de la crise douloureuse. Ainsi l'hypothèse de la suggestion doit être rejetée comme improbable, ou comme applicable seulement à un petit nombre de cas particuliers. On ne peut faire meilleur accueil à l'explication de Touatre qui a cru pouvoir admettre, sans preuves suffisantes, une influence directe de l'huile sur les calculs, vis-à-vis desquels elle jouerait le rôle d'un lithontriptique et d'un dissolvant. En effet, cette théorie implique la réalisation constante d'un phénomène qui, précisément n'a pas été constaté, savoir la pénétration directe de l'huile dans les voies biliaires. D'ailleurs les expériences variées de MM. Chanffard et Dupré ont donné sur ce point des résultats purement négatifs d'où l'on peut même inférer que les corps gras en général et l'huile en particulier n'exercent aucune action physique ou chimique sur les calculs dont ils laissent intacte la consistance, la forme, la composition. Ainsi on doit rejeter comme inadmissible l'idée d'une action directe de l'huile sur les concrétions biliaires. Mais cette action ne serait-elle pas indirecte, par suite de dédoublement de l'huile en acide gras et en glycérine? Or, pas plus que la précédente, cette théorie ne soutient l'examen et ne peut rendre compte des remarquables effets observés, d'autant que, dans ce cas, l'influence dissolvante vis-à-vis des calculs exigerait encore beaucoup plus de temps pour s'effectuer.

Une hypothèse plus admissible au premier abord est celle qui fait intervenir l'augmentation de la sécrétion biliaire sous l'influence de l'huile ingérée, afflux qui aurait précisément pour effet de favoriser la progression des calculs à travers les canaux et leur issue définitive dans le duodénum. Cette interprétation est séduisante, puis elle a le mérite de laisser une certaine part au système nerveux dont l'influence est toujours en cause quand il s'agit de sécrétion. Aussi M. Willemin l'a-t-il discuté avec soin, faisant la part des arguments que l'on peut invoquer en sa faveur, et de ceux qu'on peut lui opposer. Tout d'abord on doit reconnaître la réalité de cette propriété cholagogue des corps gras et de l'huile en particulier, de nombreuses expériences sont là pour l'attester : mais cette propriété ne pourrait intervenir effectivement que s'il s'agissait de prévenir la colique hépatique, mais non comme moyen d'arrêter ou d'immobiliser les calculs dont la progression est la cause véritable du syndrome douloureux que l'on désigne sous ce nom. Bien plus, on peut croire que dans ce dernier cas, l'action cholagogue recherchée serait plus nuisible que profitable, puisqu'elle tendrait à augmenter le spasme des voies biliaires entretenu par la présence des calculs. Et puis, comment faire concorder la lenteur de l'action cholagogue, dont la réalisation exige plus d'une demi-heure, avec la promptitude si remarquable des effets de l'huile? Cette dernière objection suffirait à elle seule à infirmer une hypothèse qui a pourtant réuni jusqu'à présent la majorité des suffrages, bien qu'elle apparaisse comme inadmissible après la critique précédente.

En fin de compte, la théorie à laquelle M. Willemin se rallierait de préférence, est celle qui invoque le mécanisme de l'action réflexe, le point de départ de celle-ci, dans le cas particulier, étant l'excitation produite à la surface de l'estomac par le contact de l'huile ingérée. L'effet immédiat, presque instantané de ce réflexe serait de faire cesser le spasme des voies biliaires, qui est la véritable cause de la colique hépatique. Le spasme disparu, les calculs redeviendraient libres et pourraient trouver ensuite plus rapidement leur issue vers l'intestin, sous l'influence de l'action cholagogue de l'huile. Mieux que les précédentes incontestablement, cette théorie explique la rapidité vraiment surprenante des effets du remède, elle a, d'autre part, l'avantage de concorder avec les données de la physiologie pathologique qui nous enseigne le rôle de la contraction spasmodique des canaux dans la production du syndrôme douloureux lié à l'existence de la lithiase. Pourtant, si satisfaisante qu'elle puisse paraître, il ne faut pas oublier qu'elle repose sur une conception purement théorique; il resterait à en fournir la preuve expérimentale, ce qui doit être l'œuvre des physiologistes de l'avenir.

En définitive, l'efficacité de l'huile est dès aujourd'hui nettement établie, comme moyen sédatif de la douleur vis-à-vis des crises de la colique hépatique et, dans une certaine mesure, comme moyen préventif de ces crises. La détermination des doses nécessaires pour obtenir ce résultat est loin d'être sans importance, et M. Willemin a discuté avec soin cette question de posologie. On peut considérer comme exagérées les doses de 400 et 450 gr. qui ont été employées par différents médecins, en particulier par M. Chauffard. 150 et 200 gr. suffisent dans la plupart des cas, d'après l'expérience personnelle de M. Willemin. En général, le médicament est bien toléré, en dépit de son côté répugnant, et le vomissement à la suite est tout à fait exceptionnel. D'ailleurs la répulsion du malade est aisément vaincue par la perspective d'un soulagement prochain. Ainsi, le traitement par l'huile représente une méthode pratique et essentiellement inoffensive : aussi la cause de cette méthode nous paraît-elle cause gagnée et les praticiens auront désormais avec elle un moyen simple, aussi sûr et plus expéditif dans ses effets que les médications classiques les plus vantées. Mais il ne faudrait pas demander à ce moyen plus qu'il ne peut donner, ni prétendre guérir avec lui cette maladie aux racines profondes qui s'appelle la lithiase biliaire. M. Willemin a raison de faire sur ce point de formelles ré-

serves et on lui saura gré d'avoir limité ainsi à l'avance le programme des avantages que l'on peut attendre d'une méthode dont la simplicité constitue peut-être le principal mérite.

P. Muselier.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique de France.
Présidence de M. le professeur Brouardel.

— M. le professeur Proust, inspecteur général des services sanitaires, a fait la communication suivante sur la situation de la santé publique à l'extérieur :

Au Hedjaz, l'état sanitaire de Médine est bon, malgré l'affluence des pèlerins qui y arrivent par caravanes. Celui de la Mecque est moins satisfaisant, à cause d'une fièvre palustre qui a notablement haussé le chiffre de la mortalité de la ville.

La situation de l'Assyr est toujours suspecte. Camaran jouit d'une bonne situation sanitaire, et rien ne s'y est produit de suspect depuis le départ de Bombay du *Sculptor*. D'après la statistique du 9 mars au 16 avril, le lazaret a reçu 10,010 pestiférés on passagers provenant des Indes sur 14 navires à vapeur.

—Le paquebot *Labrador*, venant de Colon et escales, est arrivé à Pauillac le 13 juin, ayant perdu un homme de la fièvre jaune pendant la traversée. Il est intéressant de remarquer que c'était un homme du bord non acclimaté, qui descendu une seule fois, a contracté la fièvre jaune pendant les quelques heures de son séjour à terre.

La maladie a débuté le lendemain. Ce fait est assez fréquent.

« Comme je l'ai indiqué dans mes instructions sur la prophylaxie de la fièvre jaune, ajoute M. le Dr Proust, les commandants devraient interdire, sauf le cas de nécessité absolue, la descente à terre des hommes de l'équipage, ou des passagers qui viennent d'une autre région pendant la durée des diverses escales dans les ports où règne la fièvre jaune. »

Le navire n'ayant pas d'étuve à désinfection a été soumis à trois jours de quarantaine. Les mesures de désinfection à l'étuve ont été prises à Pauillac et les parties susceptibles du navire ont été soumises à une désinfection rigoureuse.

— Un autre paquebot anglais de Potosi venant du Chili, de la Plata et du Brésil est arrivé à Pauillac ayant eu un décès de fièvre jaune pendant la traversée. Il s'agit d'un passager embarqué à Rio-Janeiro le 31 mai. Il fut pris des premiers accidents le 2 juin et succomba le 7. Cet homme n'avait séjourné que quelques jours à Rio-Janeiro. Le corps fut immergé, les vêtements et la literie passés à l'étuve. Il n'y a eu aucun autre accident à bord.

— Le comité reprend ensuite la discussion du projet de loi sur la santé publique et vote successivement les articles 8 et 12, dont voici le texte :

« Art 8. Tout docteur, officier de santé ou sage-femme est tenu, sous les peines portées à l'art. 27 de la présente loi, de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des cas de maladies épidémiques tombés dans son observation et n'engageant pas le secret professionnel. La liste de ces maladies sera dressée par arrêté du ministre de l'Intérieur, après avis conforme de l'Académie de médecine et du comité d'hygiène publique de France. Un règlement d'administration publique fixera le mode de déclaration desdites maladies.

« Art. 9. La vaccination antivariolique est obligatoire au cours de la première année de la vie; la revaccination au cours de la dixième et de la vingtième année.

Les parents ou tuteurs sont tenus personnellement à l'exécution de ladite mesure.

« Art. 10. Dans toute commune ou syndicat de communes, un règlement sanitaire prescrit les mesures et les procédés nécessaires pour protéger la santé publique. Ce règlement est approuvé par arrêté du préfet après avis du conseil d'hygiène du département.

Si, dans le délai d'un an à partir de la promulgation de la présente loi une commune n'a pas de règlement sanitaire, il lui en est imposé un d'office par un arrête du préfet, le conseil d'hygiène du département entendu.

« Art. 11. Le Comité consultatif d'hygiène publique de France délibère sur toutes les questions intéressant l'hygiène publique, l'exercice de la médecine et de la pharmacie ou les eaux minérales sur lesquelles il est consulté par le gouvernement.

Il est nécessairement consulte sur les travaux publics, soit d'amenée d'eau d'alimentation, soit d'assainissement.

« Art. 12. Le conseil d'hygiène de chaque département on les commissions sanitaires doivent être consultes sur les objets énumérés à l'article 9 du décret du 18 décembre 1848 lorsque ces objets ont un intérêt départemental ou communal, sur l'alimentation en eau potable des agglomérations, sur la statistique démographique et la géographie médicale, sur les règlements sanitaires communaux, et généralement sur toutes les questions intéressant la santé publique, dans les limites de leurs circonscriptions respectives.

— Le Comité consultatif d'hygiène avait tenu le 18 une réunion extraordinaire.

Dans cette réunion ont été adoptés les articles ci-après qui concernent principalement la salubrité des habitations et tendent à l'abrogation de la loi de 1850 :

Art. 3. — Lorsqu'une habitation, une partie d'habitation on une dépendance d'habitation, une cour, une courette, une voie privée ouverte ou non à ses extrémités, un terrain vague ou desservant une habitation, un ouvrage quelconque dépendant d'une propriété, soit qu'ils appartiennent au même propriétaire, soit qu'ils constituent des propriétés différentes, est reconnu dangereux pour la santé des occupants ou du voisinage, le maire, sur l'avis conforme de la commission sanitaire prévue à l'article 13 de la présente loi, met le propriétaire ou l'usufruitier en demeure d'exécuter les travaux nécessaires.

Un délai, qui ne peut être moindre de deux mois, est accordé pour commencer ces travaux. Pendant ce délai, un recours est ouvert au propriétaire ou à l'usufruitier devant le juge de paix du canton de la situation de l'immeuble. Ce recours est suspensif.

Le délai expiré sans qu'il y ait eu commencement d'exécution des travaux, ni recours de la part du propriétaire ou de l'usufruitier, le contrevenant est traduit devant le juge de police, qui, à défaut de l'intéressé, autorise le maire à faire exécuter ces travaux d'office et aux frais du propriétaire ou de l'usufruitier, conformément aux articles 471, § 15, du Code pénal et 161 du Code d'instruction criminelle. La dépense en résultant est prélevée par privilège et préférence sur les revenus de l'immeuble, dans les conditions du § 5 de l'article 2103 du Code civil.

Si l'assainissement de l'habitation a été déclaré impossible par la commission sanitaire, l'interdiction d'habitation est prononcée par le maire ; il est procédé comme il est dit aux paragraphes précédents.

En cas d'avis contraire de la commission sanitaire dans les conditions spécifiées au paragraphe premier, le maire transmet sa délibération au préfet qui, s'il le juge à propos, soumet la question au conseil d'hygiène du département. Si le conseil est d'avis

que les travaux sont nécessaires ou que l'assainissement est impossible, il est procédé comme il est dit ci-dessus.

En cas d'urgence, c'est-à-dire en cas d'épidémie ou d'autre danger imminent qui menace la santé publique, le préfet peut ordonner l'exécution provisoire de la décision du maire, tous droits réservés.

Les ouvertures pratiquées pour l'exécution des travaux d'assainissement seront exemptés pendant trois ans de la contribution des portes et fenêtres.

Art. 4. — Aucune habitation ne peut être construite sans un permis du maire, constatant que les conditions de salubrité prescrites par règlement sanitaire prévu à l'article 10 ont été observées.

Aucune habitation nouvellement construite ne peut être occupée qu'après autorisation délivrée par le maire, sur le rapport du service sanitaire et constatant que les prescriptions réglementaires ont été observées.

Art. 5. Lorsque l'insalubrité est le résultat de causes extérieures et permanentes, ou lorsque les causes d'insalubrité ne peuvent être détruites que par des travaux d'ensemble, la commune peut acquérir, suivant les formes et après l'accomplissement des formalités prescrites par la loi du 3 mai 1841, la totalité des propriétés comprises dans le périmètre des travaux.

Les portions de ces propriétés qui, après l'assainissement opéré, resteraient en dehors des alignements arrêtés par les nouvelles constructions, peuvent être revendues aux enchères publiques, sans que, dans ce cas, les anciens propriétaires ou leurs ayants droit puissent demander l'application des articles 60 et 61 de la loi du 3 mai 1841.

Art. 6. Lorsqu'un puits, un puisard, un égout, une fosse à purin non étanche, un réservoir naturel ou artificiel, constitue un danger pour la salubrité publique, il est procédé, pour son assainissement ou sa suppression, comme à l'article 3.

Art. 7. Quiconque, par négligence ou incurie, laisse introduire des matières excrémentielles ou toute autre matière susceptible de nuire à la salubrité publique dans l'eau des sources, des fontaines, des puits, des citernes, des conduites, des aqueducs, des réservoirs d'eau servant à l'alimentation publique, est puni des peines portés aux articles 475 et 478 du Code pénal.

Tout acte intentionnel de même nature est puni des peines de l'article 257 du Code pénal.

Étranger. — On signale un cas de fièvre suspecte qui se serait produit chez un individu arrivé de Rio-de-Janeiro et installé dans un hôtel de Lisbonne.

La police a pris des mesures de précaution.

NOUVELLES

Corps de santé de la marine. — MUTATIONS. — MM. le médecin principal G. Roux, de Toulon, le médecin de 1re classe Esclangon et le médecin de 2e classe Chastang, du *Bien-Hoa*, sont désignés pour embarquer sur le *Comorin*, qui effectuera le voyage du 10 juillet, en Indo-Chine, le premier en qualité de médecin-major, le deuxième et le troisième comme médecins en sous-ordre.

M. le médecin de 2e classe Galbruner est maintenu sur le *Bien-Hoa* jusqu'à la mise en réserve de ce transport.

— Par décret du 15 juin 1891, M. Guitton (Pierre-Marie-Hippolyte-Auguste-Eugène), médecin auxiliaire de 2e classe, docteur en médecine, a été nommé médecin de 2e classe.

— Le nombre des étudiants en médecine des Ecoles-annexes de Brest, de Rochefort et de Toulon à admettre, après concours, à l'École principale du service de santé de la marine à Bordeaux, est fixé à 40, et celui des étudiants en pharmacie des mêmes Ecoles à 3.

Les jeunes gens qui auront été classés les 40 premiers dans la ligne médicale et les 3 premiers dans la ligne pharmaceutique, devront être rendus à l'Ecole de Bordeaux le 15 octobre prochain.

— Dans sa séance du 17 juin, la Commission sénatoriale de l'exercice de la médecine a décidé de demander à M. le ministre de l'intérieur qu'il veuille bien consulter les Conseils généraux sur la question de savoir « s'il y a intérêt, pour les populations de la campagne, à maintenir les officiers de santé, et si, en cas de suppression, le service médical serait assuré dans les campagnes ».

Après avoir, dans une première lecture du titre premier, discuté la rédaction des premiers articles, la Commission s'est ajournée au 25 juin, pour entendre les dépositions de plusieurs personnes représentant les divers groupes appartenant à la profession dentaire.

— La Conférence des avocats de Paris s'est réunie le lundi 22 juin, pour discuter la question suivante : « La révélation du secret professionnel cesse-t-elle d'être un délit quand le dépositaire du secret est autorisé à le divulguer par la personne même qui le lui a confié ? »

La Conférence a adopté la négative.

Chemin de fer d'Orléans. — *Voyage d'excursion aux plages de la Bretagne.* — Du 1er mai au 31 octobre, il est délivré des billets d'excursion aux plages de Bretagne, à prix réduits, et comportant le parcours ci-après :

Le Croisic, Guérande, Saint-Nazaire, Savenay, Questembert, Ploërmel, Vannes, Auray, Pontivy, Quiberon, Lorient, Quimperlé, Rosporden, Concarneau, Quimper, Donarnenez, Pont-l'Abbé, Châteaulin.

Prix des billets, aller et retour et valables pendant 30 jours : 1re classe, 50 fr.; 2e classe, 40 fr.

Chemin de fer d'Orléans. — *Excursions en Auvergne et dans le Limousin*, permettant de visiter le Mont-Dore, La Bourboule, Royat, Clermont-Ferrand, Néris et Évaux, avec arrêt facultatif à toutes les gares du parcours.

La Compagnie d'Orléans délivre, du 15 juin au 30 septembre, des billets d'excursion en Auvergne et dans le Limousin, valables pendant 30 jours, au départ de Paris, Orléans, Blois, Tours, Le Mans, Angers et Nantes, ainsi qu'aux gares et stations intermédiaires, aux prix réduits ci-après :

	1e classe.	2e classe.		1e classe.	2e classe.
Paris....	108 fr.	81 fr.	Tours....	100 fr.	75 fr.
Nantes...	125 fr.	96 fr.	Blois.....	95 fr.	71 fr.
Angers...	116 fr.	87 fr.	Orléans..	95 fr.	71 fr.
Le Mans..	114 fr.	85 fr.			

On délivre des billets à toutes les gares du réseau d'Orléans, pourvu que la demande en soit faite au moins trois jours à l'avance.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

La Grande Chirurgie de Guy de Chauliac, chirurgien, maître en médecine de l'université de Montpellier, composée en l'an 1363, revue et collationnée sur les manuscrits et imprimés latins et français, ornée de gravures, avec des notes, une introduction sur le moyen âge, sur la vie et les œuvres de Guy de Chauliac, un glossaire et une table alphabétique, par E. Nicaise, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Laënnec, ancien membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique. 1 vol. grand in-8 de 748-CXCI pages ; 28 fr. (Félix Alcan, éditeur.)

Le livre de Guy de Chauliac est le plus complet et le plus méthodique qui ait été écrit sur la chirurgie jusqu'au XIVe siècle. Il forme une date dans l'histoire de cette science ; il résume la chirurgie des Grecs, celle des Arabes et des chirurgiens du moyen âge,

aussi a-t-il joué un rôle considérable dans l'étude et dans l'enseignement de la chirurgie. Traduit dans toutes les langues, dès le XIVe siècle, il a été imprimé en 1478 et a eu jusqu'en 1683 soixante-neuf éditions, en même temps qu'on en faisait un grand nombre de résumés.

L'ouvrage que nous annonçons est divisé en trois parties. L'une comprend le texte de Guy de Chauliac, revu et collationné, de sorte que cette édition est la plus exacte de toutes celles qui ont paru; des notes nombreuses ont été ajoutées par M. Nicaise, pour indiquer les variantes principales et donner le texte latin original, dans tous les cas où le sens de la phrase pouvait prêter à des interprétations diverses.

Ce traité de chirurgie n'offre pas seulement un très grand intérêt historique; par la pratique suivie par Guy de Chaliac, il se rattache d'une façon singulière à celle qui est actuellement adoptée dans le pansement des plaies, et la description d'un bon nombre d'affections mérite encore d'être lue aujourd'hui.

La partie historique traitée par M. Nicaise forme l'introduction du livre; pour en faire connaître l'importance il suffit de transcrire l'en-tête des principaux chapitres:

Le moyen âge dans ses rapports avec les sciences. — La médecine et la chirurgie avant le XIVe *siècle; doctrines médicales; auteurs cités par Guy; leurs livres. — Essai sur la médecine et la chirurgie au* XIVe *siècle. — Biographie de Guy de Chauliac* (c'est la première fois qu'elle est faite). — *Histoire du Traité de chirurgie de Guy de Chauliac depuis le* XIVe *siècle jusqu'au* XIXe *siècle, avec l'indication de toutes les éditions et un résumé historique pour chaque siècle.*

Enfin la troisième partie porte le nom de glossaire. Elle donne la liste de tous les produits de matière médicale (800 environ) employés au XIVe siècle avec leur nom scientifique actuel; l'histoire des instruments de chirurgie employés au XIVe siècle avec des figures, et enfin un glossaire des termes d'anatomie, de pathologie, de vieux français, de tout ce qui peut, en un mot, servir à guider et à éclairer le lecteur, dans la lecture des auteurs anciens. Des reproductions de miniatures provenant des manuscrits de Guy de Chauliac, et toutes inédites, font revivre un certain nombre de scènes médicales du moyen âge fort intéressantes.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 14 AU 20 JUIN 1891.

Fièvre typhoïde, 7. — Variole, 0. — Rougeole, 25 — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 8. — Diphtérie, croup, 18. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 171. — Autres tuberculoses, 27. — Tumeurs cancéreuses et autres, 63. — Méningite, 30 — Congestion et hémorragies cérébrales, 35 — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 12. — Maladies organiques du cœur, 47. — Bronchite aiguë et chronique, 49. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 46. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 61. — Fièvre et péritonite puerpérales. 3 — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 22. — Sénilité, 32. — Suicides et autres morts violentes, 29. — Autres causes de mort, 181. — Causes inconnues, 2. — Total 887

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame — *Téléphone*.

62e Année. 7e Série. Tome VIII — N° 27 — 4 juillet 1891

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F DE RANSE
Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).
Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

PATHOLOGIE MÉDICALE

OBSERVATIONS ET RÉFLEXIONS SUR LA PSEUDO-ALOPÉCIE ET SUR LES ESCHARES OCCIPITALES DES JEUNES ENFANTS

par M. G. Variot,
Médecin des hôpitaux.

Tous ceux qui donnent leurs soins aux enfants pendant la première année de la vie, ont pu remarquer combien il est fréquent d'observer des plaques plus ou moins étendues de calvitie apparente, siégeant constamment dans la région occipitale du cuir chevelu. Cet accident, auquel on est habitué, qui est presque physiologique, n'éveille pas d'inquiétude, parce qu'on sait qu'il est temporaire et qu'il n'aura pas de suite grave.

Parfois cependant, la pseudo-alopécie (nous nous réservons de justifier plus loin cette dénomination) est suivie de troubles nutritifs de la peau, d'érythème et *d'eschares*, qui se rattachent manifestement à la cause même qui détermine la chute des premiers cheveux.

Lorsqu'on soulève de leur berceau des enfants élevés au biberon, emmaillotés et habituellement couchés sur le dos, on trouve presque toujours une zone circulaire correspondant à la partie supérieure de l'occipital, sur laquelle les cheveux, sans être absents, sont plus rares. Le cuir chevelu semble à nu, et a une teinte légèrement rosée. — J'ai constaté ce fait nombre de fois, pendant mon passage aux Enfants-assistés. Mais j'ai vu aussi que sur les enfants de la ville élevés au sein et parfaitement soignés, la région occipitale était plus ou moins dégarnie de cheveux.

Toutefois, jamais cette pseudo-alopécie ne s'est montrée plus accentuée et plus étendue que sur les enfants au biberon qui séjournaient un mois ou deux dans les salles de l'infirmerie de la rue Denfert-Rochereau. — La surface du cuir chevelu de la région occipitale devenait glabre et lisse, dans une étendue au moins égale à la paume de la main. En bas, une collerette de cheveux à concavité supérieure s'étendait de la nuque sur les régions mastoïdiennes, limitant nettement la plaque de pseudo-alopécie. J'ai observé aussi des plaques glabres correspondant à l'une ou à l'autre des bosses pariétales; mais alors, les enfants avaient dépassé la première année et, pour des raisons diverses, se tenaient toujours couchés sur le même côté.

Le plus fréquemment la pseudo-alopécie est limitée en bas par la collerette de cheveux semi-circulaire signalée plus haut : elle s'étend sur les côtés jusqu'aux bones pariétales et en haut empiète un peu sur la suture lambdoïde. Nous prenons ces repaires squelettiques pour bien fixer la topographie.

Ces régions sont exactement celles par l'intermédiaire desquelles la tête repose sur l'oreiller, lorsque le nouveau-né est couché sur le dos.

FEUILLETON

REVUE MÉDICO-LITTÉRAIRE.

Suite (1).

IX. — Sans considérer comme des articles de foi les opinions de Parrot sur la syphilis préhistorique ni les interprétations contestables et contestées qu'il a données (dans le sens de la thèse qu'il soutenait) de quelques altérations dentaires, nous admettons volontiers que les accidents morbides désignés aujourd'hui par le mot *syphilis* sont, à peu de chose près, contemporains de l'humanité. — Que, vers la fin du xve siècle, il y ait eu une recrudescence dans les manifestations de la vérole, cela s'explique parfaitement, étant donnés les contacts multiples et hétérogènes qui s'effectuèrent de par les guerres des Français en Italie. De plus, à cette époque, on le sait, une sorte de réveil intellectuel se produisait, qui a pris le nom de Renaissance. Portant les esprits à toutes sortes d'études, la Renaissance provoqua et favorisa une conception d'ensemble dans cette affection dont beaucoup de médecins n'avaient jusqu'alors vu que des manifestations isolées, et dont ils étaient excusables d'ignorer l'origine.

Si la découverte de l'Amérique a pu contribuer à étendre les ravages de la syphilis, cela serait encore naturel. Mais que l'on ait pu accepter la croyance d'une importation, par les compagnons de Christophe Colomb, de la syphilis en Europe, qui jusqu'alors en serait restée indemne, cela est d'autant plus invraisemblable que cette idée n'a été émise par Fernandez y Oviédo que près de vingt-cinq ans après la découverte des Antilles. Et pourtant, telle est la puissance d'expansion de toute idée nouvelle, même absolument fausse, que cette hypothèse, ou mieux cette erreur, a été admise comme une vérité incontestable par des savants, même des savants de notre siècle, et qu'elle est encore acceptée, sur la foi e de quelques auteurs, par un bon nombre de nos contemporains plus naïfs qu'ils ne paraissent et surtout qu'ils ne croient l'être.

Cette démonstration maintes fois renouvelée depuis une cinquantaine d'années de l'ancienneté de la syphilis dans le monde ressort bien nettement du travail que le Dr F. Buret a publié der-

(1) Voir les numéros 13, 15, 16, 17, et 25, 1891.

La pseudo-alopécie peut être considérée comme le premier degré d'altérations beaucoup plus importantes qui sont l'érythème et l'eschare occipitales.

Une plaque d'érythème de la grandeur d'une pièce de 2 francs ou de 5 francs apparaît souvent sur la peau dénudée qui recouvre la partie la plus saillante du crâne.

Cet érythème peut d'ailleurs s'éteindre, sans laisser aucune trace; mais, dans quelques circonstances, il devient un terrain favorable pour le développement des pustules d'impetigo qui, partant de ce centre, rayonnent dans le reste du cuir chevelu.

Lorsque l'état général des enfants devient mauvais, dans le cours d'une maladie aiguë ou chronique, lorsque la nutrition est profondément troublée, la zone érythémateuse devient l'origine d'une eschare.

Aux Enfants-assistés nous avons vu des eschares se produire chez des enfants atteints de broncho-pneumonie consécutive à la rougeole, chez des athrepsiques, chez des syphilitiques héréditaires cachectiques, etc.

Il est rare que ces eschares superficielles dépassent l'étendue d'une pièce de 2 francs et nous n'avons jamais observé d'ulcérations consécutives à leur chute, car la mort arrivait très rapidement. — Les petits malades succombant avec des eschares occipitales n'avaient pas d'eschare au sacrum.

On peut donc affirmer que l'eschare occipitale est de la plus haute gravité pronostique.

Lorsqu'on étudie et qu'on analyse attentivement à l'œil nu, à la loupe et au microscope une plaque de calvitie de nouveau-né, on reconnaît un ensemble de caractères qui permettent de dire qu'il s'agit d'une *pseudo-alopécie* et non d'une alopécie vraie.

A *l'œil nu*, on constate que la ligne de démarcation, limitant la surface glabre en apparence, est parfois très tranchée du côté de la nuque; il semblerait, à première vue, que les cheveux ont été rasés comme chez certains religieux. Dans les régions des bosses pariétales et de la suture lombdoïde, la transition du cuir chevelu sain à l'alopécie se fait par degrés; les cheveux s'éclaircissent progressivement. De plus, sur les bosses pariétales, il est commun de voir des cheveux écourtés, comme s'ils avaient été cassés à mi-longueur par le frottement.

Si, toujours à l'œil nu, on regarde la plaque de pseudo-alopécie avec une bonne lumière réfléchie, on y distingue des poils follets très fins, très nombreux, très courts et très peu pigmentés.

A *la loupe*, tous ces détails deviennent plus manifestes; les petits poils se montrent au moins aussi serrés que les cheveux qui recouvrent le reste du cuir chevelu. Lorsqu'il existe des parties escharifiées, on aperçoit les poils follets perçant l'eschare.

Au *microscope*, nous avons examiné avec M. Papillon, interne du service, des préparations de cuir chevelu intéressant à la fois la peau saine et celle dégarnie de poils : les follicules persistent partout; il est même difficile, par ce procédé, de reconnaître la zone saine d'avec la zone dénudée.

Toutefois, si l'on compare les poils follets aux cheveux normaux, on voit que les premiers ont un moindre diamètre et sont beaucoup moins riches en pigment que les derniers.

L'examen microscopique des eschares démontre que la mortification du derme est superficielle.

L'altération porte donc bien plus sur la flèche du poil que sur le follicule pileux.

La plaque de pseudo-alopécie n'est dégarnie de poils qu'en apparence, puisque les follicules pileux n'ont pas subi de modification notable.

Il est vrai qu'à première vue les cheveux semblent manquer, mais cette illusion tient à ce qu'ils sont trop fins, trop courts et trop peu pigmentés.

On a donc bien raison de ne pas se préoccuper pour l'avenir de cette pseudo-alopécie, puisque dès que l'enfant sera soustrait aux causes qui retardent l'évolution pileuse, toute trace de cette légère altération disparaîtra.

Mais quelles sont les causes de cet accident si commun? Depuis longtemps les médecins se sont efforcé de les déterminer.

On a attribué la pseudo-alopécie aux sueurs profuses qui baignent souvent la tête des nouveau-nés et qui sont si abondantes qu'elles imprègnent même l'oreiller. Parrot, Bonchut, etc., ont pensé que l'action locale de la sueur devait favoriser la chute de premiers cheveux dans la région occipitale.

Si tant est que la sudation puisse avoir de tels effets, il paraît probable qu'elle n'a qu'une importance de second ordre, car les sueurs sont aussi abondantes dans les régions fronto-pariétales que dans la région occipitale, et pourtant la pseudo-alopécie est localisée constamment dans la région occipitale.

---

nièrement sous ce titre: *La syphilis aujourd'hui et chez les anciens* (1). Ce seul énoncé montre ce qu'a voulu faire l'auteur.

Après une description forcément écourtée de cette curieuse succession de phénomènes morbides que nous appelons syphilis, l'auteur s'étend sur les origines et sur les manifestations de la syphilis chez les anciens.

Réservant pour un volume ultérieur l'histoire de la vérole au moyen âge, il étudie successivement aujourd'hui, non seulement la syphilis préhistorique, mais aussi la syphilis chez les Chinois, les Japonais, les Hébreux, les Égyptiens, les Hindous, bien avant l'ère chrétienne. Puis vient l'histoire, naturellement un peu problématique encore, du Σῦκον chez les Grecs, avant que nous soit présenté, avec beaucoup plus de détails et de citations, l'exposé des affections vénériennes qui ont ravagé Rome sous les Césars. Ici la moisson est des plus abondantes; les textes ne manquent pas, et M. Buret a beau jeu, quelque réserve qu'il affecte dans un sujet qui comporte si peu de pudeur, à citer Martial, Ausone, Catulle, Horace, Tibulle, Juvénal, Perse, Suétone, etc. etc. !

Quelle corruption ! Quels débordements !

Le Dr Buret a soin, dans ses citations et dans ses traductions, de montrer une grande retenue. Il termine sa préface par ces lignes : « Malgré toutes nos précautions, nous serons infailliblement blâmé, soit par ces esprits malheureux qui voient toujours la morale en péril au seul mot de clystère, soit par ces moralistes d'occasion qui, de retour des boudoirs à la mode, diront qu'on n'écrit pas sur un sujet semblable. Mais peu nous *chault*. Comme Martial nous dirons aux uns et aux autres : « Si quelqu'un est susceptible d'être scandalisé par la nudité des expressions (*lascivam verborum veritatem*), dont l'intréprétation fidèle impose la crudité, qu'il se borne à la lecture de cet avant-propos, ou même qu'il se contente du titre de l'ouvrage (*potest epistolâ, vel potius titulo contentus esse*). »

Dans un volume qui comporte tant de références bibliographiques, qui a exigé tant de recherches et s'accompagne de si nombreuses citations en toutes langues, il y a un grand mérite chez un auteur qui ne fait pas métier d'érudit, à ne pas trop donner prise

(1) 1 vol. in-12 de 270 pages. Paris, 1890. *Société d'Éditions scientifiques.*

On a dit plus justement que la pseudo-alopécie devait être causée par les mouvements de balancement latéral alternatifs que les enfants ont l'habitude d'imprimer à leur tête, et aux frottements répétés du cuir chevelu contre leur couche. Les cheveux seraient en quelque sorte usés par les frictions rapides. Cette opinion est confirmée par le fait qu'on trouve, comme nous l'avons signalé plus haut, des cheveux écortés, comme cassés à la limite de la plaque de pseudo-alopécie. Mais le fin duvet, les poils courts et peu pigmentés qui recouvrent la surface glabre en apparence n'ont pas l'aspect de cheveux cassés; il semble que ce sont des poils gênés dans leur croissance et qui sont retardés dans leur évolution au dehors du follicule pileux.

Je serais assez disposé à croire que la pesanteur joue un grand rôle dans la production de ces accidents temporaires.

La tête, dans les premiers mois qui suivent la naissance, offre un volume et un poids très élevés proportionnellement aux autres parties du corps à cet âge. Le cerveau d'un enfant n'est guère inférieur que de 2 ou 300 grammes au poids d'un cerveau d'adulte.

L'enfant emmailloté reste étendu dans son berceau dans la position où on le place, c'est-à-dire sur le dos. La tête est appuyée sur l'oreiller au niveau de l'occipital de la partie postérieure des temporaux et des pariétaux : le centre de gravité de la masse passe précisément par la région la plus saillante de l'occipital, dans le point où on voit se manifester les premiers indices de l'alopécie.

La pression s'exerce d'une manière plus ou moins continue suivant que l'enfant est élevé au sein ou au biberon, suivant qu'il est déplacé plus ou moins fréquemment.

Nous trouvons dans ces circonstances, la raison de la prédominance de la pseudo-alopécie occipitale chez les enfants élevés au biberon, sans que les enfants élevés au sein en soient indemnes d'ailleurs.

L'apparition fréquente de l'érythème dans la zone dégarnie de cheveux, la production des eschares, lorsque l'état général devient mauvais, sont manifestement imputables à la pression continue, et nous devons placer tous ces phénomènes sous la dépendance de la même cause mécanique.

On conçoit que le cuir chevelu de la région occipitale comprimé entre le plan très résistant du crâne et l'oreiller subisse des troubles de vascularisation et consécutivement de nutrition qui retardent momentanément le développement du système pileux. D'ailleurs, on sait bien que l'influence de la pression peut amener des désordres bien autrement graves chez les sujets prédisposés, puisqu'elle peut se faire sentir sur les os même du crâne, spécialement dans les cas de plagiocéphalie.

Il est bien vraisemblable aussi, que la formation du pigment dans le duvet est très faible et très lente, parce que la région occipitale, en même temps qu'elle est comprimée par un plan résistant, est privée de l'action de la lumière.

De même que chez les plantes, nous constatons que la lumière est indispensable à la formation de la chlorophylle, de même nous voyons chez les animaux, les rayons solaires agir activement sur le développement du pigment de l'épiderme et de ses annexes.

Peut-être y aurait-il des rapprochements à faire entre la pseudo-alopécie de pression des nouveau-nés et les alopécies circonscrites des animaux domestiques, en rapport avec la pression et le frottement du harnachement; mais nous n'avons pas encore fait de recherches dans ce sens.

Quoiqu'il en soit, il ressort de cette analyse que l'altération plus apparente que réelle qui serait très convenablement désignée par le nom de pseudo-alopécie des jeunes enfants, paraît se rattacher à des causes toutes mécanique et physique.

Il me paraît inutile d'insister sur le diagnostic différentiel et le traitement de ces accidents. La pseudo-alopécie occipitale des jeunes enfants se distinguera de l'alopécie syphilitique par son siège bien circonscrit dans les régions que nous avons indiquées.

Quant au traitement, il doit être purement négatif puisque la pseudo-alopécie guérit naturellement dès que les enfants quittent leur berceau.

En présence des eschares occipitales, j'avais pensé à faire placer la tête des enfants sur des coussins en couronne; mais la mort est survenue si promptement dans tous ces cas, que je n'ai pas eu l'occasion de donner suite à ce projet.

à la critique. Ce mérite, on doit le reconnaître à M. Buret. Outre les qualités littéraires qui font lire avec entraînement ce livre correctement écrit, on y trouve, chose rare chez un praticien jeune encore, maintes preuves de connaissances étendues et d'une grande rectitude d'esprit. D'aucuns reprocheront peut-être à l'auteur de se mettre facilement en scène, d'étaler une sorte d'exubérance dans la relation des faits qu'il lui a été donné d'observer et dont il nous communique avec plaisir les détails. Mais ce sont là défauts de jeunesse. On ne saurait lui en tenir rigueur. Ce volume qui n'est d'ailleurs qu'un premier pas dans la carrière, se termine, en guise de conclusions, par un court exposé d'un traitement rationnel de la syphilis au XIXe siècle.

Il y a comme titre général à cet ouvrage : *La syphilis à travers les âges*. Donc nous attendons avec impatience le second volume, persuadés d'avance que nous ne saurions y trouver moins d'intérêt que dans le premier.

X. — Après l'histoire de la syphilis, l'histoire d'un des hôpitaux spécialement affectés au traitement de cette maladie; la transition est toute naturelle.

Le Dr Ernest Perchaux a consacré sa thèse inaugurale (1) à nous exposer l'origine et les développements de *l'hôpital de Lourcine*. Il aurait mieux valu mettre sur le titre *des hôpitaux de Lourcine*, ainsi que le fait remarquer l'auteur, car on est aisément frappé du désaccord qui règne entre les différents historiens de Paris sur les origines de cet établissement. « Quelques-uns en effet le font remonter à 1559. » Or il a suffi à M. Perchaux de consulter les archives de l'hôpital pour acquérir la conviction qu'il existait autrefois un hôpital de Lourcine, n'ayant rien de commun avec celui qui porte aujourd'hui ce nom.

L'hôpital actuel en effet occupe l'emplacement de l'ancien couvent des Cordelières et nous avons maintenant la certitude que l'ancien hôpital occupait, rue de Lourcine, un autre emplacement que ce couvent. Le premier hôpital ayant à une certaine époque été destiné aux vénériens, c'est probablement de là que vient la confusion; mais il a subi diverses transformations que l'auteur passe en revue. Pour rétablir la place exacte de ces deux hôpitaux,

(1) Paris, 90 pages, 1890. — *Société d'Éditions Scientifiques*.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

COMMENTAIRE DE LA NOUVELLE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Projet discuté et adopté par la Chambre des députés, dans ses séances des 17 *et* 19 *mars* 1891. (*Journal Officiel* des 18 et 20 mars 1891).

par le Dr F. DE RANSE
et A. LÉCHOPIÉ, avocat à la Cour de Paris.

(*Suite*) (4).

TITRE III. — EXERCICE ILLÉGAL. — PÉNALITÉS.

ARTICLE 21.

Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, n'étant pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, ou qui, n'étant pas dans les conditions stipulées aux articles 6, 7, 8, 9, 10 et 13 de la présente loi, prend part au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique des accouchements et de l'art dentaire, soit par une direction suivie, soit par des manœuvres opératoires ou applications d'appareils;

2° Toute sage-femme qui sort des limites fixées à l'exercice de sa profession par les articles 7 et 8 de la présente loi;

3° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi;

4° Tout dentiste qui contrevient à l'interdiction édictée par le dernier paragraphe de l'article 6 ci-dessus.

Les dispositions du paragraphe 1er du présent article ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades.

Définition de l'exercice illégal. — Cet article renferme diverses inexactitudes ou erreurs, en quelque sorte matérielles, qu'il importe tout d'abord de relever, et qui témoignent, une fois de plus, de l'incroyable et excessive légèreté avec laquelle nos lois sont rédigées ou débattues.

« Toute personne qui, n'étant pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé... prend part au traitement des maladies ou des affections chirurgicales, ainsi qu'à la pratique des accouchements et de l'art dentaire » porte notre article. Du moment que l'on énumère les titres qu'il faut avoir pour exercer l'art de guérir, au moins eût-il fallu être complet et viser également le brevet de dentiste et le diplôme de sage-femme.

En outre, cette même disposition de la loi désigne encore comme pouvant exercer légalement l'art de guérir, les personnes visées aux articles 6, 7, 8, 9 et 10. C'est vraisemblablement des dentistes non brevetés et sages-femmes transitoirement maintenus, des internes et étudiants autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie ou à titre de remplaçants de docteurs ou officiers de santé, que l'on a entendu parler; mais, si les articles 6, 7 et 8 sont bien ceux qu'il fallait citer, il n'en est plus de même, ce nous semble, des articles 9 et 10 qui ont trait, le premier à l'étendue des droits des sages-femmes, le second aux étrangers qui peuvent exercer en France à la condition d'y avoir conquis les mêmes grades que les nationaux. On aurait dû, selon nous, renvoyer aux articles 6 et 7 relatifs aux dentistes non brevetés transitoirement maintenus, et à l'article 11 concernant les internes et étudiants dont nous parlons ci-dessus, les seuls qui n'aient pas à justifier d'un diplôme ou brevet, pour exercer l'art de guérir. En ce qui concerne les sages-femmes anciennement reçues visées par l'article 8, il n'y aurait pas à les désigner spécialement puisque, comme les autres, elles sont munies d'un diplôme. Observation semblable pour les étrangers diplômés ou brevetés en France que vise l'article 10.

Quant à l'article 13 que vise encore l'article 21, c'est une erreur nouvelle, car cet article 13 est relatif à la suppression du doctorat en chirurgie. C'est de l'article 14 que l'on a entendu parler, article concernant l'enregistrement des titres.

Une partie de ces erreurs s'explique, il est vrai, par suite de ce qu'au cours de la discussion à la Chambre, l'article 7 a été ajouté, ce qui a ce changé le numérotage d'un point, à partir de cet article. Mais enfin, de tout ceci, il peut résulter, dans l'application de la loi, des difficultés graves, surtout en la matière pénale qui est de droit étroit; et ce sont des rectifications qui s'imposeront absolument au Sénat. Une inexactitude semblable s'était d'ailleurs déjà glissée dans l'article 20 qui renvoyait à l'article 25, au lieu de l'article 26; mais alors la rectification se faisait, en quelque sorte, d'elle-même, à ce point que nous avons cru devoir l'opérer spontanément dans le texte. Enfin, le second paragraphe de notre article 21 renvoie encore à tort aux articles 7 et 8 dont le pré-

(4) Voir les numéros 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23 et 25.

M. Perchaux suit pas à pas la formation du faubourg Saint-Marcel, depuis son origine.

Il a divisé son travail en quatre parties :

1° Le faubourg Saint-Marcel, sa formation, son administration, ses rues, le fief de Lourcine;

2° L'ancien hôpital de Lourcine, hopital Saint-Valère, sur l'emplacement duquel on contruisit l'ancienne École de pharmacie, devenue aujourd'hui l'Institut Agronomique.

3° Le couvent des Cordelières, sur l'emplacement duquel on ouvrit, en 1829, une maison de refuge et de travail pour l'extinction de la mendicité. Cette maison dut sa création à M. Debelleyme pendant qu'il était préfet de police et aux soins de M. Cochin, alors maire du XIIe arrondissement. En 1832 on plaça dans cette maison les orphelinès du choléra. Enfin, en 1836, fut créé l'hôpital de Lourcine actuel, pour recevoir les femmes atteintes de maladies vénériennes, et dont l'histoire fait l'objet du chapitre IV.

Cet hôpital contient aujourd'hui 225 lits.

M. Perchaux, après une description générale de l'hôpital et de sa situation, nous donne un aperçu de ses habituées. Puis nous trouvons l'étude du service intérieur (discipline, parloir, ouvroir, jardins, etc.). La description du service médical vient ensuite; le noms des salles, l'état du personnel, l'hygiène de l'établissement (service des eaux, aération, chauffage, bains, mortalité, etc.).

L'état des dépenses, la liste des directeurs, celle des médecins, chirurgiens et pharmaciens fournissent la matière d'articles spéciaux.

M. Perchaux termine enfin son travail par un appendice sur *L'hôpital temporaire de la rue Pascal.*

Cette thèse fait suite en quelque sorte aux huit ou dix travaux historiques sur divers hôpitaux de Paris, parus déjà sous cette même forme de dissertation inaugurale. L'inspirateur de cette collection est, on ne l'ignore plus, M. le professeur Laboulbène, qui d'ailleurs avait lui même donné l'exemple lorsqu'il écrivit l'histoire de l'hôpital de la Charité.

L'œuvre de M. Perchaux, sauf quelques incorrections imputables à l'imprimeur, ne dépare pas cette série qui mérite les applaudissements de tous ceux, et ils sont nombreux, qui s'intéressent à l'histoire de Paris, soit dans son ensemble, soit dans ses détails.

Dr ALBERTUS.

(*A suivre.*)

mier s'occupe des dentistes au lieu des sages-femmes. Il eût d'ailleurs suffi de viser, à cette place, l'article 8 qui détermine seul, à l'exclusion de l'article 7, les limites d'exercice de la profession de sage-femme.

Tandis que nous nous occupons des vices de rédaction de l'article 21, il faut ajouter que ce § 2 ne paraissait pas bien utile, en présence de la disposition explicative du paragraphe suivant qui déclare coupable d'exercice illégal de la médecine toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que la loi lui confère. Quant à ces expressions qui terminent le troisième paragraphe : « notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la loi », elles constituent une rédaction assez singulière et peu claire. Il s'agit, la Commission l'a déclaré dans son rapport, des personnes qui voudraient exercer illégalement l'art de guérir, sous le couvert et avec la complicité de ceux qui ont le droit de l'exercer légalement. Ces pratiques étaient déjà condamnées par la doctrine et la jurisprudence, sous la précédente législation (V. Léchopié et Floquet, *Code des médecins*, 1re édit., p. 83, les nombreuses décisions citées.)

Enfin disons que le § 4, relatif au dentiste non breveté qui emploie les anesthésiques, n'est pas une superfétation car, s'il sort de ses attributions, des limites que la loi lui trace, il ne pouvait cependant rentrer dans le § 3 qui ne concerne que les personnes munies d'un titre, qui excèdent leurs attributions.

On vient de voir que le législateur semble considérer comme exerçant illégalement la médecine, les diplômés et brevetés qui n'ont pas fait enregistrer leurs titres, conformément à l'article 14 ; en tout cas, l'article 27 les frappe d'une pénalité de 25 à 100. Sous la loi de ventôse la doctrine et la jurisprudence étaient partagées sur ce point. Quant aux dentistes non brevetés qui, nous l'avons vu sous l'article 14, ne paraissent actuellement astreints à aucune obligation semblable, à défaut de titre, ils se trouveront donc, à cet égard, à l'abri de toute pénalité, et chose singulière, seront plus favorablement traités que les titrés.

Une longue discussion s'est élevée, à la Chambre, sur la rédaction du paragraphe 1er de l'article 21, à propos des mots « CONSEILS HABITUELS » qui figuraient dans le projet de la commission, avant ceux-ci : « soit par une direction suivie », et au sujet de ce qu'il faut entendre par « MANŒUVRES OPÉRATOIRES ». M. Le Cerf proposait de supprimer les expressions de « conseils habituels » et de remplacer celles de « manœuvres opératoires » par « opérations ». Après débat, il fut convenu que les premières disparaîtraient, mais que, à la demande énergique de la Commission, les secondes subsisteraient. M. Le Cerf déclara accepter, sous le bénéfice des observations échangées établissant que la Commission et lui étaient d'accord pour que les mots « manœuvres opératoires » n'aient pas un sens trop large.

La Chambre semblait en effet redouter que la rédaction de l'article 21 n'eût une trop grande portée et cherchait à la limiter. La suppression des mots « conseils habituels » ne nous paraît pas avoir bien répondu à la crainte exprimée par la Chambre. Il est vrai qu'il subsiste les expressions « direction suivie » qui tendent à indiquer la nécessité d'un traitement proprement dit, pour constituer l'exercice illégal, expressions qui, toutefois, ne pourront guère s'appliquer aux dentistes procédant, par exemple, à l'extraction d'une ou plusieurs dents, opérations qui peuvent avoir lieu sans traitement, sans direction suivie, à moins qu'on ne les comprenne dans les « manœuvres opératoires, » ce qui est d'ailleurs bien possible.

Voici comment s'exprimait M. Le Cerf, sur la substitution du mot « opérations » aux expressions « manœuvres opératoires » : « Si la Commission avait employé le mot opérations, tout le monde aurait compris qu'il s'agissait de certains actes qui exigent une science spéciale et doivent sans conteste être interdits à tous autres qu'au médecin. Mais, à côté des opérations, il y a une série de pratiques qui constituent des manœuvres sur la personne du malade. A quel point s'arrêteront les manœuvres opératoires interdites ? La loi n'est pas faite pour être interprétée par le corps médical, mais par les juges qui auront peut-être bien du mal à déterminer la limite..... Dans le français vulgaire, celui que parlent les juges et les justiciables (facétieux M. Le Cerf !) les mots « manœuvre opératoire » me paraissent comprendre tout acte qui se fait par les mains et qui a pour objet de toucher au malade autrement que pour l'aider à se vêtir ou à changer de position. Fixera-t-on une antre limite ? S'arrêtera-t-on au cataplasme, au sinapisme, à la ventouse, à la cautérisation, à l'injection sous-cutanée de morphine ou d'éther ? Faudra-t-il, en l'absence du médecin, laisser mourir une femme et un enfant, ne rien tenter pour arrêter une hémorragie, ne pas cautériser la morsure d'une vipère ? »

De son côté, M. Chevandier, au nom de la Commission, a fait sur la rédaction du paragraphe 1er de l'article 21, la déclaration suivante : « Nous avions compris qu'en définissant ce qui caractérise plus particulièrement l'exercice de la médecine nous serions appelés à donner quelques explications qui, je crois, pourront calmer les inquiétudes de notre collègue, même en maintenant le mot « conseils » et les mots « manœuvres opératoires ».

« Tout d'abord, je dois faire remarquer à la Chambre que les dispositions de l'article 21 sont beaucoup moins rigoureuses que ne l'étaient celles de la loi de l'an XI, en ce sens que celui-là était tenu pour avoir exercé illégalement la médecine, alors même qu'un seul fait était mis à sa charge (1).

« Aujourd'hui, nous disons que la loi doit être interprétée d'une manière beaucoup plus libérale et que, si quelqu'un a donné un conseil, il ne doit pas pour cela être traduit devant un tribunal et considéré comme responsable d'un délit d'exercice illégal. Nous acceptons très bien qu'on donne un conseil, plusieurs conseils. C'est l'habitude, le fait sans cesse répété de donner des conseils qui caractérisera le délit. En effet, celui qui a l'habitude de donner des conseils exerce évidemment une sorte de profession. Il est connu dans la région qu'il habite, et, sous le couvert de la complaisance ou de la charité, il donne habituellement des conseils ; celui-là tombera sous le coup de la loi. Vous voyez la différence.

« Comme vous le voyez, nous remplaçons par des dispositions libérales un texte un peu draconien. Nous trouvons excellent qu'un instituteur, qu'un curé, qu'un pasteur puisse, à un moment donné, s'il s'agit, par exemple, d'arrêter une hémorragie, ou en toute autre circonstance, donner un conseil. En pareil cas, en indiquant un remède ou une série de moyens, ces personnes font œuvre excellente. On n'ira pas leur chercher querelle, engager une action répressive. Mais celui-là, qu'il soit prêtre, pasteur ou instituteur, qui a l'habitude de donner des conseils, quelquefois même sans voir le malade, ce qui est bien plus grave, bien plus imprudent, tout diagnostic

(1) V. En ce sens : Cassation 1er mars 1834, Dalloz, *rep. V° méd.*, n° 47, note 2 ; 9 juin 1836, Dalloz, *loc. cit.*, n° 68 ; 10 novembre 1864 ; Cour de Paris 29 juillet 1871. *Gaz des Trib* 15 sept. 1871, et, en sens contraire, pour la pratique des accouchements : Cour de Metz 13 novembre 1867, Dalloz, 67-2-242.

faisant défaut, celui-là, dis-je, qui donne habituellement des conseils, alors qu'il ne peut savoir de quel mal il s'agit doit être frappé par la loi.

« Nous répondons volontiers que le conseil donné éventuellement est une chose louable, mais que l'habitude de conseiller des médicaments constitue une usurpation réelle, le délit d'exercice illégal de la médecine.

« Quant aux manœuvres opératoires, je comprends que quiconque n'appartient pas à la profession médicale puisse ne pas comprendre exactement ce que l'on entend par « manœuvres opératoires » ou par « opérations ».

« Il est impossible de remplacer les mots « manœuvres opératoires » par « opérations » comme synonyme. Dans le premier cas, la manœuvre opératoire consiste, par exemple, à réduire une luxation, une hernie ; il n'y a pas d'opération à proprement parler ; car lorsqu'une hernie n'est pas réduite par une manœuvre opératoire, il faut en venir à une opération, ce qui est tout autre chose. L'opération comporte pour ainsi dire l'emploi d'un instrument de chirurgie. Voilà pourquoi nous ne pouvons pas modifier les expressions dont nous nous sommes servis. Elles désignent des procédés thérapeutiques différents, il les faut absolument conserver. On ne peut livrer à la discrétion du premier venu les manœuvres opératoires ».

En résumé, de toute cette discussion il paraît résulter que l'on pourra, sans s'exposer à aucune pénalité, donner un ou plusieurs conseils, peut-être même des conseils habituels, puisque ces derniers mots ont été rayés de l'article, sans que l'on puisse toutefois suivre et diriger un véritable traitement; mais que l'on devra s'abstenir de pratiquer non seulement une opération proprement dite, mais même une simple manœuvre opératoire, pourvu que l'on ne tombe pas, à cet égard, dans l'excès, a déclaré M. Le Cerf. Les tribunaux auront donc, en somme, à apprécier, au besoin sur avis d'experts, ce qui peut constituer, en fait, la manœuvre opératoire réprimée par la loi. Ils auront à décider si, contrairement à l'ancienne jurisprudence, la loi nouvelle menace les pédicures, manucures, masseurs, ventouseurs, poseurs de sangsues, entrepreneurs de gymnastique raisonnée, hydrothérapistes, etc..., ou quelques-uns d'eux.

Relativement à la définition de l'exercice illégal de la médecine, il n'est pas sans intérêt non plus de rappeler ce qu'a dit, dans son rapport, M. Chevandier, de l'*hypnotisme ou suggestion* : « Notre honorable collègue, M. David, considère *l'hypnotisation* comme un procédé d'exercice illégal de la médecine et dirige contre celui qui, sans être muni d'un diplôme de docteur, se livre à cette pratique, l'article 12 de sa proposition portant une amende de 100 à 500 francs. Le temps n'est pas loin où tout docteur en médecine qui osait parler de magnétisme animal était gourmandé par ses confrères. Déconsidéré par les exhibitions publiques, il a failli succomber sous le mépris des savants. Aujourd'hui que, sous les noms de suggestion ou d'hypnotisme, la science accueille les faits, les contrôle, en recherche la loi, est-il juste et sage d'en tarir la source et d'en décerner le monopole à ceux-là mêmes qui, obligés de se défendre par une critique rigoureuse contre les effrontés et les charlatans, se montrèrent hostiles aux manifestations physiologiques nouvelles dans la crainte d'être dupes de faits mal observés ou falsifiés ?

« Nous ne l'avons pas pensé, laissant à chacun la liberté et la responsabilité de ses actes.

« Quant aux conséquences physiques et morales de l'hypnotisme, on les a beaucoup exagérées.

« Sans doute, il serait désirable que nul ne se livrât à ces procédés que dans l'intérêt de la science ou de la santé du sujet. Mais où commencera le délit ? Frappera-t-on ceux qui souvent, par le seul sentiment de curiosité, essaient sur le premier venu, dans une maison particulière, une pratique dont ils ont constaté les effets ? Se retournera-t-on contre les exhibitions publiques ? Pour constater les premières, il faudrait se départir du respect du domicile; les secondes peuvent si souvent être doublées de supercherie qu'on s'exposerait à frapper l'expérimentateur convaincu, alors que le saltimbanque ne pourrait être atteint par la loi.

« Enfin, pour revenir à notre première question, où commencera le délit ?

« Nous croyons que le moment n'est pas venu d'enlever ces expériences aux profanes et de les confier exclusivement aux médecins. »

Pour on terminer avec le commentaire de l'article 21, il n'y a plus qu'à rechercher le sens de son dernier paragraphe relatif aux élèves en médecine. Est-ce qu'il ne constitue qu'un double emploi avec la disposition du § 1er qui vise l'article 10, aujourd'hui article 11 comme on l'a dit ci-dessus, lequel article 11 concerne les internes et étudiants autorisés à exercer la médecine en temps d'épidémie ou comme remplaçants d'un médecin ? Si l'on admet l'affirmative, ce dernier paragraphe est bon à supprimer. Le dernier paragraphe de l'article 21, vise-t-il, au contraire, comme pourrait le laisser supposer l'étendue des termes employés, tous les élèves en médecine agissant comme aides d'un docteur ou placés par lui auprès d'un malade ? Il faut avouer qu'il est assez difficile de distinguer la pensée du législateur. Si l'on admet ce sens plus large, l'article 11 semble, du coup et en fait, recevoir une fort grande extension. Il se peut bien qu'il en soit ainsi, et, sous l'ancienne législation, la jurisprudence admettait, nous l'avons déjà rappelé sur l'article 11, que les étudiants, les internes et externes des hôpitaux, même les élèves sages-femmes, infirmiers, ambulanciers et garde-malades, ne tombent pas dans les pénalités de la loi, pour exercice illégal de la médecine, à la condition qu'ils se bornassent à donner des soins provisoires et urgents sous la direction d'un médecin. Il n'est pas invraisemblable que ce soit cette jurisprudence que le législateur ait voulu à peu près reproduire, au moins en ce qui concerne les étudiants en médecine et peut-être aussi les élèves sages-femmes, voire même ultérieurement les élèves dentistes s'il en surgit.

On voit, par ce qui précède, combien est long, obscur et compliqué le texte de la nouvelle loi qui semble avoir voulu tout prévoir, mais va faire naître sans doute bien des difficultés encore. L'article 35 de la loi de ventôse, qu'il n'est pas sans intérêt de comparer ici, avait au moins l'avantage d'être infiniment plus simple et plus concis, le voici : « *Six mois après la publication de la présente loi, tout individu qui continuerait d'exercer la médecine ou la chirurgie, ou de pratiquer l'art des accouchements, sans être sur les listes dont il est parlé aux articles* 25, 26 *et* 34, *et sans avoir de diplôme, de certificat, ou de lettre de réception, sera poursuivi et condamné à une amende pécuniaire envers les hospices.* » (*A suivre.*)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

HOPITAL DE LA PITIÉ. — SERVICE DE M. POLAILLON

LIPOME PROFOND DU COU. — ABLATION. — GUÉRISON

(*Observation recueillie par* M. MAYET, *interne du service*)

Anatolie D... entre à l'hôpital de la Pitié, le 25 mai 1891, dans le service du Dr Polaillon, pour une tumeur située à la

partie supérieure du cou, au-dessous et en arrière de l'angle de la mâchoire, à droite.

La malade est âgée de 40 ans. Ses antécédents héréditaires sont excellents. Dans ses antécédents personnels, nous notons seulement une angine diphtéritique, contractée il y a onze ans, angine qui eut une grande gravité et qui fut accompagnée d'adénopathies multiples très rebelles.

Il y a trois ans, D... s'aperçut qu'elle portait, dans la région précédemment indiquée, une petite tumeur, à peine grosse comme une noisette. Cette tumeur n'était pas douloureuse. Elle a cru remarquer seulement qu'elle grossissait au moment des règles, pour reprendre, après l'époque menstruelle, son volume primitif, et que l'impression prolongée du froid produisait sur elle un effet analogue.

La malade avait, de ce côté de la mâchoire, une carie de deux molaires. En même temps, la tumeur grossissait lentement, mais progressivement. Un médecin ordonna l'avulsion des dents malades, opération qui ne fut suivie d'aucune amélioration dans la tumeur. Enfin, depuis le mois de mai 1890, la malade ressent très nettement, dans l'épaule et le bras droits, une douleur sourde. Elle se rend très bien compte que ce membre est moins habile que celui du côté opposé.

Après avoir paru rester un certain temps stationnaire, la tumeur, depuis un mois, a notablement augmenté de volume.

La tumeur est située au-dessous du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien droit, juste au-dessous et en arrière de l'angle de la mâchoire. Elle est ovoïde, grosse comme un œuf de poule, bien limitée, de consistance ferme, sans présenter toutefois une dureté ligneuse; elle est assez mobile et ne semble pas adhérer dans la profondeur.

Comme symptôme fonctionnel, on note un peu de gêne dans les mouvements du cou, parfois un peu de douleur après l'impression du froid, de la gêne dans les mouvements de l'épaule et du bras.

L'état général est excellent.

Le siège, la forme de la tumeur, les antécédents de carie dentaire, semblent imposer le diagnostic. On croit qu'il s'agit d'une adénopathie chronique et qui ne peut se résoudre. M. Polaillon se décide à enlever le ganglion hypertrophié.

Le 29 mai, *opération* avec le chloroforme.

Après avoir fait à la peau une incision de 10 centimètres environ, M. Polaillon coupe les plans superficiels, écarte en arrière le sterno-cléido-mastoïdien, dont quelques faisceaux sont coupés, et arrive sur l'aponévrose qui cache la tumeur. Celle-ci semble alors plus molle au toucher qu'on ne pouvait le prévoir. L'incision de la lame aponévrotique met à nu une masse de tissu cellulo-graisseux, qui présente tous les caractères d'un lipome.

M. Polaillon, en s'efforçant de circonscrire ce lipome avec le doigt, s'aperçoit qu'il présente un prolongement profond, qui s'enfonce jusque vers la colonne vertébrale. Il est nécessaire de faire une dissection minutieuse dans la région carotidienne. La veine jugulaire interne et la carotide sont en avant de la tumeur. On voit alors que le lipome s'implante au niveau des trous de conjugaisons de la 4e vertèbre.

Le point d'attache de la tumeur étant sectionné, le lipome est enlevé.

Toute la tumeur est bien de nature graisseuse. Elle pèse 24 grammes. Elle se compose de deux parties un peu différentes de forme : la première d'aspect vaguement cylindrique était profondément située, partie des trous de conjugaison, elle allait atteindre le sterno-cléido-mastoïdien. La seconde, supportée par la première, de forme plus arrondie, située sous ce muscle, était la seule accessible et avait donné le change pour un ganglion hypertrophié.

La plaie est réunie par une suture avec des crins de Florence. Un pansement de Lister est appliqué. Six jours après, un premier pansement est fait à la gaze iodoformée. Trois jours plus tard, la malade sort.

La réunion a été immédiate. La guérison est complète. On a toutefois noté à la suite de l'opération un peu d'insensibilité de la région mastoïdienne et de l'oreille droite, due à la section de filets nerveux du plexus cervical superficiel, mais cette insensibilité a disparu au bout de trois jours. La région massetérine a été également insensible et ce phénomène persiste encore à la sortie de la malade. L'engourdissement de l'épaule et du bras ne s'est pas modifié. Les paupières du côté droit sont un peu moins ouvertes qu'à gauche, ce qui fait sembler que l'œil est plus petit. Ce phénomène est probablement dû à la lésion de quelque filet du facial. Il est destiné à disparaître.

Cette observation nous semble intéressante à plusieurs points de vue.

Développé au voisinage de l'émergence des nerfs du plexus brachial et cervical, et peut-être dans l'intérieur du canal médullaire, ce lipome, à localisation rare, n'a produit que très peu de troubles nerveux. La douleur sourde du membre supérieur droit peut être attribuée aussi bien à la compression des nerfs qu'à celle de la moelle elle-même. Dans tous les cas, elle est toujours restée très faible. Ce lipome avait pu, en effet, sortir par le trou de conjugaison et s'épanouir dans les parties molles. Il y avait même proliféré en y affectant une forme qui le faisait prendre pour une masse ganglionnaire.

Un second point intéressant dans l'histoire de cette tumeur c'est l'impossibilité presque absolue qu'il y avait à porter un diagnostic exacte. Située dans la région carotidienne, présentant une forme ovoïde et une consistance assez ferme, mobile sur les parties voisines, précédée d'une inflammation dentaire, ce lipome donnait l'illusion complète d'une adénite cervicale. C'est un cas de diagnostic difficile de plus à enregistrer sur le compte des lipomes.

REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX

I. — UN CAS D'ATROPHIE MUSCULAIRE D'ORIGINE ARTHROPATIQUE, par le Dr S. DARKSCHEWITSCH. (*Neurologisches Centralblatt*, 15 juin 1891, n° 12, p. 353.

II. — PARALYSIE PÉRIPHÉRIQUE ISOLÉE DU NERF SUS-SCAPULAIRE AVEC ATROPHIE, par le Dr BENZLER. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1890, n° 51, p. 1189.)

III. — SUR LA MALADIE DE MORVAN, par le prof. BERNHARDT, de Berlin. (*Ibidem*, 1891, n° 8, p. 285.)

IV. — SUR UNE AFFECTION SPÉCIALE DES CORDONS POSTÉRIEURS DE LA MOELLE, CONSÉCUTIVE A UNE DÉGÉNÉRESCENCE DES VAISSEAUX, par le Dr E. REDLICH (Travail du laboratoire du prof. OBERSTEINER, de Vienne, *Zeitschrift für Heilkunde*, 1891, t. XII, analysé in *Neurologisches Centralblatt*, 1891, n° 12, p. 369.)

V. — UN CAS DE SCLÉROSE PRIMITIVE DES CORDONS DE GOLL, AVEC LEPTOMÉNINGITE SPINALE CHRONIQUE, par le Dr W. MOTT. (*The American Journal of the medical Sciences*, 18 janvier 1891, vol. 101, p. 36.)

I. — Le sujet de l'observation de Darkschewitsch, un homme de 60 ans, avait eu plusieurs attaques de rhumatisme articu-

laire, la dernière six mois avant son entrée à l'hôpital. Peu de temps après, le malade avait remarqué que son bras gauche devenait faible et maigrissait. L'affaiblissement du membre alla en augmentant, et au moment de son admission, le malade ne pouvait plus lever le bras jusqu'à l'attitude horizontale. Les muscles étaient flasques, les mouvements passifs imprimés au bras développaient de vives douleurs dans l'articulation de l'épaule; de même une pression exercée sur la partie supérieure de l'humérus était ressentie d'une façon très douloureuse. On constatait une atrophie très prononcée des muscles sus et sous-épineux, deltoïde et grand pectoral, sans modifications de l'excitabilité électrique. Sensibilité cutanée intacte. Exagération des réflexes du tendon du triceps. Le malade présentait en outre les signes de l'artério-sclérose. Souffle systolique au niveau de l'aorte. Diminution de la quantité d'urine des vingt-quatre heures, œdème des membres inférieurs.

Après deux mois de séjour à l'hôpital, le malade succomba aux suites de troubles d'origine cardio-vasculaire. Les résultats de l'autopsie peuvent se résumer dans ces quelques mots: hypertrophie cardiaque excentrique; dégénérescence graisseuse du myocarde; endocardite chronique déformante; œdème pulmonaire; cyanose des reins; foie muscade; catarrhe gastro-intestinal chronique; hyperémie cérébrale; synovite de l'articulation de l'épaule.

L'examen histologique des centres nerveux n'a donné que des résultats négatifs. Il en a été de même pour ce qui concerne les racines antérieures du segment cervical, les nerfs du plexus brachial, les nerfs axillaires, les nerfs du bras, à gauche. Les muscles atrophiés présentaient une teinte pâle, comparativement à ceux du côté droit; après un séjour prolongé dans une solution de bichromate de potasse et dans l'alcool, ils conservaient encore une certaine mollesse, sans élasticité. L'examen histologique a fait voir que partout les fibres contractiles des muscles atrophiés avaient conservé une structure normale. Sur quelques-unes seulement la striation transversale était moins bien dessinée, et la substance contractile offrait un aspect un peu louche. Par contre les fibres musculaires étaient beaucoup plus grêles; sur 100 fibres mesurées dans le champ d'une préparation, il ne s'en trouvait pas une seule dont l'épaisseur dépassait 49 μ, mais il s'en trouvait 84 dont l'épaisseur était moindre que 30 μ. Sur des coupes transversales les fibres atrophiées et les fibres qui avaient conservé une épaisseur sensiblement normale étaient entremêlées sans ordre.

D'autre part on ne constatait pas de traces d'une prolifération des noyaux musculaires. Sur des coupes longitudinales, certaine fibres décrivaient des ondulations, accusées surtout sur les fibres moyennement atrophiées. Quant à la substance inter cellulaire, en certains points elle comblait les lacunes existant entre des fibres atrophiées; donc sa masse avait augmenté. Eu d'autres points les fibres atrophiées étaient directement en contact. On ne découvrait point d'altérations des parois vasculaires.

En somme, il s'agissait dans ce cas d'une atrophie musculaire simple, non dégénérative, consécutive à une atrophie, sans trace de myosite.

II. — Un soldat de 22 ans, indemne de toute tare héréditaire, fut pris de douleurs lancinantes dans l'épaule droite, puis de faiblesse du bras droit, manifestations qui allaient en s'accentuant. En l'examinant on fut frappé d'abord de la profondeur insolite de la fosse sous-épineuse à droite. A la palpation on ne sentait plus à ce niveau qu'une mince couche de parties molles entre la peau et les os.

Dans la fosse sus-épineuse, le trapèze était également en état d'atrophie considérable, à en juger par le palper. L'omoplate droite se tenait à une distance plus considérable de la ligne des apophyses épineuses que l'omoplate gauche.

Le malade pouvait lever son bras droit tendu de dehors en dedans et de bas en haut, mais avec moins de force qu'à gauche; de même la flexion, l'extension et le serrement de la main se faisaient avec moins de vigueur. Le malade ne pouvait plus soulever son bras d'arrière en avant jusque dans une direction horizontale; il ne pouvait maintenir le membre dans cette attitude, quand on l'y amenait passivement.

Pour placer la main droite sur l'épaule gauche, il portait d'abord le membre supérieur (avant-bras fléchi sur le bras) en dehors et en haut jusqu'à un niveau horizontal, puis en contractant le pectoral, il ramenait la main vers l'épaule du côté opposé. Quand le bras était pendant, la rotation en dedans et en dehors étaient possibles, mais ce dernier mouvement s'exécutait avec moins de force qu'à gauche.

En fait de manifestations subjectives le malade accusait simplement des douleurs, qui survenaient dans la région de l'acromion, lorsqu'il soulevait son bras droit pour appliquer la main sur l'épaule gauche. De plus, à 2 centimètres de l'épine dorsale et du bord interne de l'omoplate, les téguments étaient douloureux à la pression dans une zone qui avait environ le double de l'étendue d'une pièce de 5 francs. Pas de tremblements fibrillaires. A l'examen électrique, signes de la réaction partielle de dégénérescence.

Il s'agissait en somme, dans ce cas, d'une névrite périphérique, occasionnée vraisemblablement par le surmenage musculaire. De plus, le cas confirme les assertions de Duchenne, de Boulogne, relatives aux fonctions du muscle sus-épineux: la contraction de ce muscle a pour effet de soulever le bras et de l'amener en avant et en dehors.

III. — Un homme de 48 ans, qui n'avait pas d'antécédents héréditaires neuropathiques, avait eu, à l'âge de 18 ans, des douleurs dans la région scapulaire, à la suite d'un refroidissement. En même des bulles remplies d'une sérosité sanguinolente étaient apparues dans la zone douloureuse. Quelques années plus tard, il eut coup sur coup plusieurs panaris à la main droite, qu'il fallut inciser. Ces petites opérations n'ont pas été sans occasionner quelques douleurs au malade. A plusieurs reprises des ongles s'étaient spontanément détachés des doigts de la main droite, et il avait fallu procéder à l'extraction de fragments d'os nécrosés. La force contractile du bras droit avait diminué progressivement. Sueurs profuses limitées au côté gauche. Déviation de la colonne vertébrale en scoliose.

La main droite était déformée en griffe; la peau était d'une teinte livide; les doigts étaient plus ou moins déformés; les espaces interosseux étaient affaissés; l'excitabilité électrique des muscles interosseux était diminuée. Sur tout le membre supérieur droit, sur la partie supérieure du tronc, à droite, sur le côté droit du cou, de la nuque et de la face, on notait les altérations suivantes de la sensibilité: de légers attouchements n'étaient pas perçus; l'emploi de l'esthésiomètre dénotait un léger émoussement de la sensibilité; mais en somme la sensibilité au toucher était conservée; il en était de même du sens musculaire. Par contre, il existait une diminution très prononcée de la sensibilité à la douleur et de la sensibilité thermique; sécheresse complète de la peau, dans toute cette zone frappée d'une paralysie partielle de la sensibilité.

S'agissait-il, chez ce malade, d'une syringomyélie ou d'une simple myélite chronique, ou d'une dégénérescence de la

moelle, survenue de quelque autre façon? Là-dessus. M. Bernhardt n'a pas cru devoir se prononcer. Pour ce qui concerne la localisation du processus en cause, M. Bernhardt pense que les lésions occupaient la zone radiculaire droite des régions de la moelle d'où émergent les nerfs cervicaux et dorsaux, en remontant jusqu'à la racine ascendante du trijumeau. Dans la portion inférieure de la moelle cervicale, la lésion a dû gagner en extension transversale, et envahir la substance grise des cornes antérieures.

M. Bernhardt a fait ressortir les analogies que présentait ce cas avec la maladie de Morvan.

Il a rappelé à ce sujet l'opinion qu'il avait exprimée jadis, et qui consiste à voir dans cette affection une paralysie partielle de la sensibilité, en rapports possibles avec une gliomatose de la moelle. M. Bernhardt n'accorde pas une grande valeur aux raisons invoquées par Morvan pour repousser l'assimilation de la forme clinique qui porte son nom avec la syringomyélie. D'ailleurs Joffroy et Achard (*Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, 1890, n° 4), n'ont-ils pas constaté les lésions de la syringomyélie à l'autopsie d'un malade qui, de son vivant, avait réalisé la symptomatologie de la maladie de Morvan?

En définitive M. Bernhardt conclut que : 1° au point de vue clinique (symptomatologique), il n'y a pas de distinction fondamentale à établir entre la maladie de Morvan d'une part, et le complexus symptomatique décrit par différents auteurs sous les noms de syringomyélie, de gliomatose de la moelle, de paralysie partielle de la sensibilité, etc., d'autre part; 2° qu'à en juger par les résultats nécroscopiques connus, des lésions spinales se rencontrent également dans les cas de maladie de Morvan et, cela va de soi, dans les cas de syringomyélie; 3° il n'est pas nécessaire que les lésions soient identiques au point de vue de la nature anatomo-pathologique; il suffit qu'elles aient même siège et même chronicité, pour que les deux processus soient comparables; 4° que dans les deux cas, on rencontre souvent, peut-être toujours, des altérations des nerfs périphériques; ces altérations névritiques sont dans le même rapport, avec l'affection principale, que les lésions névritiques du tabes avec les lésions spinales de cette dernière maladie.

IV. — La forme spéciale d'affection des cordons postérieurs décrite par Redlich est caractérisée par des lésions symétriques qui semblent dominées par les altérations des vaisseaux, car c'est sur le degré de ces dernières que se règle l'intensité du processus, à différents niveaux. Cette affection intéresse spécialement le segment lombaire. Elle débute par une infiltration cellulaire des vaisseaux, qui est le point de départ d'une transformation conjonctive (tissu conjonctif homogène ou fibrillaire). Il se forme ainsi, autour des points où les vaisseaux subissent ces altérations, des plaques de sclérose, qui étouffent les fibres nerveuses dans leur masse.

Ces altérations vasculaires ne sont pas d'ordre sénile, du moins elles ne ressortissent pas aux altérations athéromateuses communes; elles ont d'ailleurs été rencontrées chez des sujets jeunes. Elles ne sont pas non plus sous la dépendance de la syphilis. L'histoire clinique de l'affection est encore à faire. Tout ce que l'auteur sait des symptômes observés dans les cas qui out servi à des recherches se réduit à peu de chose : abolition du phénomène du genou, faiblesse des membres inférieurs, douleurs dans les bras et les jambes, troubles vésicaux, tels étaient les symptômes dont il est fait mention. Le tableau clinique présente donc une certaine ressemblance avec celui du tabes dorsalis. Or il y a un contraste évident entre la topographie des lésions spinales du tabes au début, et la distribution des plaques de sclérose dans l'affection dont s'occupe M. Redlich. La nature histologique du processus spinal diffère également dans les deux cas.

V. — M. Mott relate l'observation d'un homme de 46 ans, un alcoolique, qui était atteint depuis 1882 d'une parésie des membres inférieurs. La faiblesse des jambes était allée en augmentant et s'était compliquée d'un certain degré de rigidité et d'atrophie. Finalement la parésie avait gagné les membres supérieurs, y compris les muscles de l'épaule, accompagnée de phénomènes de paresthésie, d'atrophie, de tremblement fibrillaire. Pas de trépidation spinale. Le phénomène du genou était affaibli à gauche, aboli à droite. Les fonctions vésicales étaient intactes, les réactions pupillaires étaient normales. Il en était de même de la sensibilité sous toutes ses formes. L'examen électrique des muscles révélait l'existence de la réaction partielle de dégénérescence.

Le malade est mort de la phtisie pulmonaire. A l'autopsie, on a trouvé une sclérose limitée aux cordons de Goll, ayant pour limite inférieure l'émergence de la première paire lombaire; il existait en outre une leptoméningite, qui s'était propagée à la périphérie de la moelle, aux racines antérieures et postérieures. Les capillaires et les artérioles, fortement épaissis, portaient les traces d'une péri-artérite chronique.

Vierordt (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr.* T. XVII, fasc. 2), a publié un cas analogue survenu chez un ivrogne; il a donné ce cas comme un exemple de dégénérescence primitive des cordons de Goll. Les faits de cette nature sont rares. Le premier en date a été publié par Priérret en France, 1875).

(*A suivre.*) E. RICKLIN.

BULLETIN

SUR UNE STOMATITE DIPHTHÉROÏDE A STAPHYLOCOQUES
AFFECTIONS PSEUDO-MEMBRANEUSES DES MUQUEUSES

Dans la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, M. le Dr Sevestre et son interne, M. Gastou, ont apporté une contribution de plus à l'étude des productions pseudo-membraneuses sur les muqueuses.

Il s'agit d'une variété de stomatite survenant chez les enfants débilités, à nutrition défectueuse, à l'occasion de la rougeole, de la coqueluche, ou de troubles gastro-intestinaux. Elle coïncide souvent chez les malades avec l'impétigo.

Cliniquement elle se présente sous forme de plaques blanchâtres, diphtéroïdes, *adhérentes à la muqueuse* dont elles ne peuvent être séparées sans déchirure et se transformant, sur les parties de la muqueuse des lèvres exposées à l'air, en croûtes sanguinolentes.

Ces plaques siègent à la face interne des lèvres, débutant de préférence par la lèvre inférieure, de chaque côté de la ligne médiane; à la lèvre supérieure, elles siègent sur les sillons qui limitent le lobule médian; à la face interne des joues, elles se rencontrent au voisinage de la commissure des joues. On les rencontre également sur le voile du palais et sur la luette plus rarement sur la langue, où elle siègent sur les bords près de la pointe. Jamais on n'en trouve sur les amygdales ou sur le pharynx.

La muqueuse autour des plaques est rouge et saigne facilement, les ganglions sont peu tuméfiés, l'haleine n'est pas fétide et il y a peu de douleur, sauf quand les plaques siègent aux commissures.

La présence constante dans ces angines du staphylocoque doré, en fait une classe à part dans les stomatites. Mais l'intérêt de la communication de M. Sevestre dépasse la séparation d'un nouveau type morbide, elle touche en effet à une question beaucoup plus générale, celle de la formation des fausses membranes sur la muqueuse de la bouche et sur celle du pharynx.

Il n'y a pas bien longtemps encore toute production pseudo-membraneuse était rapportée à la diphtérie et considérée comme une manifestation de celle-ci. Or, les recherches bactériologiques ont montré dans ces derniers temps que le bacille diphtérique n'est pas seul à posséder le pouvoir de provoquer sur les muqueuses des formations pseudo-membraneuses. Ce que M. Sevestre a observé dans le cas particulier de la stomatite qu'il vient de décrire, on peut l'appliquer également aux productions pseudo-membraneuses de la gorge, et probablement à celles des plaies cutanées. M. Chantemesse a pu, à ce sujet rappeler que les plaies amygdaliennes, faites par l'amygdalotome, se recouvrent souvent d'une fausse membrane en tout semblable à la fausse membrane diphtérique, s'enlevant comme elle, et récidivant comme elle. Or, l'examen bactériologique démontre dans ces cas l'absence du bacille diphtérique et la seule présence de streptocoques, rarement de staphylocoques, et quelquefois de pseudo-bacilles diphthériques.

Ce qui est vrai et constaté pour cette angine pseudo-membraneuse traumatique, ne l'est pas moins pour certaines angines pseudo-membraneuses spontanées. Le fait a été démontré pour l'angine précoce de la scarlatine. Mais ces angines peuvent se rencontrer en dehors de celle-ci ; nous avons dans nos notes plusieurs observations d'angines pseudo-membraneuses, considérées comme diphtériques, puisque les petits malades étaient en traitement au pavillon de diphtérie, et dans lesquelles l'examen bactériologique ne nous a pas permis de relever la présence du bacille de Klebs-Lœffler. Nous trouvions des streptocoques associés à des micrococques divers.

Un des cas les plus typiques nous a été fourni par un médecin qui nous apporta des exsudats provenant d'une angine qu'il soupçonnait être de nature diphterique. Ces exsudats, surtout visqueux, à peine pseudo-membraneux, examinés au microscope, étaient formés presque uniquement de streptocoques en pelotons, tels qu'on peut les observer dans les cultures dans le bouillon. Mais le lendemain il nous apporta alors une fausse membrane, de la largeur d'une pièce de un franc, épaisse et tellement d'apparence diphtérique que pour en avoir le cœur net, elle fut ensemencée sur une série de tubes de sérum. Or, il ne poussa pas une seule colonie de diphtérie, tandis que les tubes d'agar étaient couverts de colonies de streptocoques, associés à un staphylocoque ne liquéfiant pas la gélatine.

La malade guérit d'ailleurs en quelques jours.

Nous croyons qu'en dehors de l'examen bactériologique, qui n'est pas toujours faisable et à la portée de tous les médecins, on arrivera à différencier cliniquement ces formes entre elles. L'aspect de la fausse membrane, son siége, pourront en être les éléments. Mais c'est surtout par les caractères tirés de l'état d'intégrité ou non de la muqueuse, de l'adhérence plus ou moins grande des fausses membranes, des phénomènes concomitants — douleur, rougeur, ulcérations, adénopathie — qu'on arrivera au diagnostic. Nous ne croyons plus dores et déjà qu'un dépôt pseudomembraneux limité à une ulcération, s'en détachant difficilement et avec un traumatisme certain de la muqueuse, puisse être cliniquement confondu avec une fausse membrane diphtérique.

Il est un point, avant d'en finir, sur lequel nous voudrions appeler l'attention.

Prévenant les découvertes bactériologiques, Lasègue avait eu le mérite de distinguer parmi les angines pseudomembraneuses des angines à allures plus bénignes et qu'il avait appelé diphtéroïdes. Nous croyons qu'à l'heure actuelle, ce mot prête à la confusion en laissant subsister dans l'esprit une analogie possible avec la diphtérie, en identifiant à celle-ci toutes les affections pseudomembraneuses. Or, ni au point de vue clinique, ni au point de vue dogmatique, une pareille confusion ne doit être faite ; c'est par abus de langage, qu'on dit encore aujourd'hui qu'une plaie se *diphtérise*. Ce mot prête à confusion, et l'expression d'« aspect pseudomembraneux » me paraît devoir être employée de préférence à l'expression « diphtéroïde ».

H. Barbier.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique de France.
Présidence de M. Brouardel.

— M. le directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques donne lecture au comité du projet de loi déposé au Sénat par M. le ministre de l'intérieur, pour régler les droits des communes sur les sources d'eau potable situées dans leur territoire.

Ce projet de loi, qui se compose de quatre articles, détermine le droit à l'usage d'une source d'eau potable. Ce droit est acquis par la prescription de trente ans. Si ce droit n'est pas acquis par la prescription, la commune peut l'acquérir en payant au propriétaire une indemnité réglée par les experts. La commune a le devoir de curer la source qu'elle a acquise, de la couvrir, de la garantir contre toutes eaux de pollution ; mais elle n'a pas le droit d'en dériver les eaux par des tuyaux ou rigoles.

Le projet établit ensuite que l'acquisition d'une source d'eau potable par la commune dans laquelle elle est située peut être déclarée d'utilité publique par arrêté préfectoral, lorsque le débit dépasse deux litres d'eau par seconde. Si le débit dépasse deux litres d'eau par seconde, la déclaration d'utilité publique doit être prononcée par décret, et l'indemnité est réglée dans les formes prescrites par la loi de 1841.

— M. Proust, inspecteur général des services sanitaires, fait la communication suivante au sujet de la situation sanitaire à l'extérieur :

Une dépêche importante, d'Alep, en date du 21 juin, nous apprend que l'on vient de constater à Harim quatorze décès cholériques ; dans le voisinage de Harim, à 14 kilomètres du port d'Alexandrette, on signale d'autres cas de choléra.

Le choléra, qui s'est montré l'an dernier en Syrie, vient d'y renaître, et nous aurons à exercer une surveillance sur toutes les provenances de la Syrie.

Le 15 juin, l'état sanitaire de Djeddah était satisfaisant ; il y était déjà arrivé 22,558 pèlerins. A Jambo, on en compte 2,000.

L'état sanitaire de Santagio-de-Cuba est mauvais ; dans le mois de mai dernier il y a eu 50 décès en plus que le mois précédent, 425 de fièvre jaune.

La grippe, qui règne en ce moment en Angleterre, a débuté dans ce pays il y a trois mois environ dans les villes manufacturières de West-Biding (Yorkshire) et du Lancashire; Scheffield a été particulièrement éprouvé.

A partir des premiers jours de mai, l'épidémie a décru dans ces régions, mais elle a éclaté à Londres.

Le nombre total des décès a excédé de 735 environ par semaine la moyenne des semaines correspondantes, durant les dix années précédentes, a été de 27,8 pour 1,000 habitants au plus.

La maladie existe aussi bien dans les quartiers riches de la ville que dans les pauvres.

Les vieillards en sont toutefois plus atteints que les jeunes gens. Bien qu'il y ait décroissance notable de la maladie, elle est encore sérieuse en ce moment.

— Le comité reprend ensuite l'étude du projet de loi sur la protection de la santé publique en France. Voici les nouvelles dispositions qu'il a adoptées :

En cas de maladie endémo-épidémique, la déclaration est obligatoire dans un délai de vingt-quatre heures pour tout docteur, officier de santé ou sage-femme ou par le chef de famille qui en a constaté l'existence. La liste de ces maladies est dressée par arrêté du ministre de l'intérieur.

Le conseil général de chaque département délibère sur l'organisation de l'hygiène publique ; il statue également sur la participation du département aux dépenses des travaux d'assainissement prévus à l'article 1er. Des règlements d'administration publique déterminent : 1° le mode de déclaration des maladies épidémiques ; 2° les modifications qu'il y aurait lieu d'apporter au décret du 8 mars 1887 pour assurer la surveillance et l'exécution des lois sanitaires.

Les conditions d'exécution des travaux d'assainissement seront déterminées par un décret rendu en conseil d'État.

L'article 463 du Code pénal est applicable dans tous les cas prévus par la présente loi. Il est également applicable aux infractions punies de peines correctionnelles par la loi du 2 mars 1822.

Congrès des médecins aliénistes. — Le Congrès annuel des médecins aliénistes de France et des pays de langue française se tiendra, à Lyon, du lundi 3 août au samedi 8 août 1891.

PROGRAMME. — *Lundi 3 août.* — A deux heures du soir, séance d'ouverture. — Nomination du bureau, discussion de la première question du programme (Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale).

Mardi 4 août. — A neuf heures du matin, deuxième séance. — Discussion de la deuxième question du programme (De la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécuteurs). — A deux heures, troisième séance. Discussion de la troisième question du programme (De l'assistance des épileptiques).

Mercredi 5 août. — Dans la matinée. Visite de l'Asile départemental des aliénés du Rhône, à Bron. — Dans l'après-midi. Visite de l'Asile des aliénés de Saint-Jean-de-Dieu et de la Faculté de médecine.

Jeudi 6 août. — Excursion à l'établissement d'épileptiques de la Teppe, près de Tain (Drôme) : à l'aller, descente du Rhône en bateau à vapeur, retour par le chemin de fer.

Vendredi 7 août. — A neuf heures du matin, quatrième séance. Communications et discussions sur des sujets en dehors du programme. — A deux heures du soir, cinquième et dernière séance. — Fixation du siège du prochain Congrès : communications et discussions diverses. Clôture du Congrès.

Samedi 8 août. — Excursion finale à l'Asile des aliénés de Saint-Robert (station de Saint-Egrève, près Grenoble) ; déjeuner offert par l'Administration de l'asile. — M. le Dr Dufour, médecin directeur de cet établissement, et son personnel, se mettent à la disposition de MM. les membres du Congrès pour organiser des excursions à la Grande-Chartreuse et dans d'autres parties des Alpes dauphinoises.

Pendant la durée du Congrès une soirée sera consacrée à une réception de M. le maire de Lyon, à l'Hôtel-de-Ville, et une autre soirée à un banquet par souscription. Les séances se tiendront au Palais du commerce, dans la salle des réunions industrielles (entrée par la place de la Bourse), où sera le siège du Congrès depuis la veille de son ouverture jusqu'à la clôture. Jusque-là les lettres et tous autres documents devront être adressés à M. le Dr Albert Carrier, médecin des hôpitaux, 13, rue Laurencin, à Lyon. La qualité de membre du Congrès est acquise à tout docteur en médecine de France ou des pays de langue française qui verse une cotisation de 20 francs.

— Le Conseil municipal a autorisé la création à la Maternité d'un baraquement destiné à hospitaliser temporairement, après la sortie de la mère, des nourrissons ayant besoin de soins particuliers.

Le Conseil municipal de Paris vient de voter l'appropriation, au profit de l'Ecole d'anthropologie, d'une partie des combles du musée Dupuytren.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

Concours des clinicats. — Sont nommés :

1° Chef de clinique chirurgicale : M. Delbet ;

2° Chef de clinique médicale : MM. Lyon, Lion et Vaquez ;

3° Chef de clinique des maladies nerveuses : M. Dutil ;

4° Chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. Hudelo ; chef adjoint : M. Wickham.

Facultés et écoles des départements.

École de médecine d'Alger. — La date d'ouverture du concours qui devait avoir lieu le 9 novembre 1891, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de médecine d'Alger, est fixée au 20 octobre de la même année.

École de médecine de Grenoble. — Un concours s'ouvrira, le 22 décembre 1891, devant la Faculté de médecine de Lyon pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Grenoble.

École de médecine de Nantes. — M. le docteur Bureau est institué chef de clinique chirurgicale.

Hôpitaux de Paris. — Le concours pour une place d'accoucheur des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. Boissard.

Le concours du clinicat chirurgical s'est terminé par la nomination de M. Delbet.

— La Société des chirurgiens des hôpitaux est convoquée mercredi prochain, pour entendre le rapport de la commission nommée pour étudier les réformes à apporter dans l'enseignement clinique.

Le comité d'organisation du Congrès pour l'étude de la tuberculose, ayant mis à l'ordre du jour de ses séances les questions de prophylaxie de la tuberculose et de l'hospitalisation des tuberculeux, réunira à la Faculté de médecine les appareils, projets, dessins, plans, maquettes, etc., se rapportant à ces questions.

Les demandes d'admission, avec les noms des auteurs et l'indication des objets, doivent être adressés à M. le Dr L.-H. Petit, 11, rue Monge, avant le 10 juillet 1891, dernier délai. Le comité statuera sur les demandes d'admission et fera connaître sa décision aux intéressés, ainsi que la place mise à leur disposition.

— La *Société médicale des hôpitaux* a reçu de Mme veuve Vincent,

la somme de 1,000 francs pour la fondation d'un prix, destiné au meilleur travail sur *l'angine de poitrine symptomatique d'une affection organique du cœur et de l'artériosclérose*, ce prix qui porte le nom de prix Vincent, devait être donnée le 1er juillet 1891. La Société n'ayant pas reçu de mémoire sur la question, remet l'échéance au 1er novembre 1891. Les candidats sont donc priés de faire parvenir leurs mémoires à M. le secrétaire général de la *Société médicale des hôpitaux*, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre 1891.

Prosectorat des hôpitaux. — L'ouverture du concours pour la nomination à une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux, qui devait avoir lieu le lundi 3 août 1891, est fixée au samedi 25 juillet.

Cette séance aura lieu ledit jour, à quatre heures, à l'amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer-à-Moulin, 17.

Le registre d'inscription des candidats restera ouvert du lundi 29 juin au samedi 18 juillet inclusivement, de onze heures à trois heures, les dimanches et jours de fête exceptés, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

— Sont délégués par le ministère de l'instruction publique au Congrès international d'hygiène et de démographie, qui se tiendra à Londres au mois d'août prochain : MM. les docteurs Bergeron, Brouardel, Budin, Charpentier, Chauveau, Léon Colin, Gariel, Proust, Théophile Roussel (de Paris) et Jacquemet (de Montpellier).

Congrès sur l'étude de la tuberculose. — Le Comité d'organisation du Congrès ayant mis à l'ordre du jour de ses séances les questions de prophylaxie de la tuberculose et de l'hospitalisation des tuberculeux, réunira à la Faculté de médecine les appareils, projets, dessins, plans, maquettes, etc., se rapportant à ces questions.

Les demandes d'admission avec les noms des auteurs et l'indication des objets doivent être adressées à M. le Dr L.-H. Petit, 11, rue Monge, *avant le 10 juillet 1891, dernier délai*. Le comité statuera sur les demandes d'admission et fera connaître sa décision aux intéressés, ainsi que la place mise à leur disposition.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 21 AU 27 JUIN 1891

Fièvre typhoïde, 7. — Variole, 2. — Rougeole, 46. — Scarlatine, 9. — Coqueluche, 6. — Diphtérie, croup, 15. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 171. — Autres tuberculoses, 37. — Tumeurs cancéreuses et autres, 62. — Méningite, 33 — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 35 — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 40. — Bronchite aiguë et chronique, 51. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 65. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 78. — Fièvre et péritonite puerpérales. 3. — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 22. — Sénilité, 23. — Suicides et autres morts violentes, 43. — Autres causes de mort, 168. — Causes inconnues, 9. — Total 953.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F DE RANSE**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,**
J. ARNOULD (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

CHIRURGIE PRATIQUE

ÉTUDE ET CRITIQUE EXPÉRIMENTALES DE LA TRACTION PAR LES POIDS DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU CORPS DU FÉMUR PAR L'EXTENSION DANS LA RECTITUDE.

Par le Dr Paul Thiéry,
Prosecteur de la Faculté.

(*Suite*) (1)

5° remarques générales sur nos expériences

Avant d'exposer en détail les considérations auxquelles nous ont amené nos recherches, nous désirons faire quelques remarques générales qui concernent l'ensemble de ces recherches.

Elles n'ont trait qu'aux fractures du fémur d'une variété spéciale, la fracture transversale. Bien que ce qui est vrai pour celle-ci doive rester *proportionnellement* vrai pour d'autres (quoiqu'il en soit dont la rédnction soit plns facile) (1) nous avons adopté ces fractures pour des motifs dont les principaux sont les snivants : ce sont celles où il est le plus facile de produire exactement un chevauchement de longueur donnée; ce sont celles qui s'adaptent le mieux l'évaluation précise des progrès de la réduction et anx constatations de la restitution parfaite de la longueur du membre.

Nous n'avons envisagé que la question de la traction du membre dans la rectitude : les difficnltés d'expérimentation qui se rattachent à la reproduction sur le cadavre des meillenrs appareils de traction du membre en demi-flexion nous ont momentanément arrêté; c'est une lacune intéressante à combler et peut-être nombre des matérianx de ce mémoire pourront-ils y contribuer, la traction dans la rectitnde et dans la demi-flexion ayant des points communs.

Nous avons exclu de notre travail toute idée de parti pris et nous prévenons le lecteur qu'il s'abuserait en croyant tronver comme sanction de ces pages la description de quelque appareil nouveau appliqué au traitement des fractures de cuisse; nous avons borné notre ambition à indiquer les qnalités d'un bon appareil et celui-là seul peut être déclaré parfait qui sur le vivant aurait la sanction d'une longue pratique.

Notre travail est encore très incomplet malgré l'extension que nous lui avons donné; nous voulions étudier la valeur de la traction faite directement sur les condyles; la traction en demi flexion comme dans l'appareil Hennequin; mais afin d'obtenir des résultats comparables, il eût fallu pour profiter du même membre et du même snjet, hâter des expériences que leur précision ne permet guère de faire hâtivement et la

(1) Voir les nos 24, 25 et 26.

(1) Ceci est un a priori mais nous avons quelque tendance à croire que les fractures obliques sont d'une rédnction plns facile.

FEUILLETON

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

Revue de Droit médical

Dans le but de tenir ses nombreux lecteurs exactement au courant des innombrables et inextricables difficultés que fait naître, à tout instant, l'exercice de la médecine et des autres arts similaires, l'administration du journal a décidé d'instituer une revue spéciale de législation et de jurisprudence médicales dont elle a bien voulu nous confier la rédaction. Nous nous efforcerons d'être à la hauteur de cette tâche en fournissant nos communications toutes les fois que l'abondance ou l'importance des matières le rendra nécessaire. Chaque décision judiciaire comme chaque document seront accompagnés, quand il y aura lieu, de notes explicatives qui permettront d'envisager, d'un rapide coup d'œil, l'état de la jurisprudence et de la législation. Nous comptons suivre, autant qu'il sera possible, la même division et la même méthode que dans le « *Droit médical ou Code des médecins* » dont cette revue sera, en quelque sorte, la continuation et le complément.

**

Secret médical; *Assurance sur la vie, Certificat.* — La Cour d'appel de Paris, par un arrêt du 4 février 1891 (*Gazette des Tribunaux* du 14 février), confirmant un jugement du tribunal de commerce de la Seine du 4 juillet 1889, vient de consacrer, une nouvelle fois, la grande règle d'ordre public relative au secret professionnel, en décidant que la clause d'une police par laquelle une compagnie d'assurances sur la vie impose aux intéressés, l'obligation de rapporter un certificat du médecin traitant, sur les causes du décès de l'assuré, est sans valeur et doit être réputée non écrite, puisque le médecin, seul juge de la question de savoir s'il a été consulté sous le sceau du secret, ne peut être contraint à délivrer un tel certificat.

Voici, du reste, les termes et du jugement du tribunal de commerce et de l'arrêt de la Cour :

difficulté du détail n'est guère conciliable avec une impatience immodérée. Il en est de même de l'étude fort intéressante des appareils de traction dits extensö contre-extenseurs ou à vis que nous avons dû laisser complétement de côté bien qu'ils puissent rentrer dans le cadre que limite notre titre. Il nous manque anssi pour les mêmes motifs une expérience intéressante sur les poids nécessaires à la réduction d'une fracture transversale avec chevauchement de 22 millim. et à l'écartement de cette fracture le membre étant couché sur nn hamac à snspension instable : notre expérience XXXVI comble en partie cette lacune et nous permet de supposer les avantages que l'on peut retirer de l'emploi des appareils hyponarthéciques.

Nos expériences faites devant nos élèves dans notre pavillon de l'École pratique ont donc toutes porté, à l'exception d'une seule, sur le même sujet et sur le même membre ; nous avons cru qu'il était préférable de choisir un adulte vigoureux ; les grands traumatismes du corps du fémur survenant principalement chez cette catégorie d'ouvriers, maçons, charpentiers, carriers, etc.) nous nous rapprochions, autant que faire se peut sur le cadavre, de la réalité (1).

Nombreuses sont cependant les causes des erreurs qui ne peuvent manqner de se glisser dans cette étude ; les tractions ont été étudiées à l'aide des dynamométres que M Collin a bien voulu nous remettre : nous les avons vérifiés avant l'épreuve en exerçant sur eux des tractions longitudinales par des poids connus et nous avons pu remarquer que si pour des tractions un peu importantes, supérieures à 6 kilogr. par exemple, ces dynamomètres étaient d'une précision bien suffisante, ils n'étaient point aussi régulièrement influencés par les tractions inférieures à ce chiffre ; nous avons donc dû adopter surtout des tractions élevées d'autant qn'elles frappent mieux l'esprit ; de ce fait encore il a pu se glisser quelques erreurs dans l'appréciation des tractions ; elles ne peuvent être que légères à la vérité et nous n'en sommes point à contester an profit de l'opinion contraire nne majoration de 500 livres ou d'un kilogr. Les moindres détails acquérant quelque importance pour la transmission de la traction, nous devons faire remarquer qu'il existe de ce fait quelques dissemblances ou contradictions apparentes, impossibles à éviter qui proviennent d'une différence de détail d'expérimentation et peuvent au premier abord prendre l'aspect d'une erreur ; on aurait mauvaise grâce à nous les reprocher, car nons avons fait de notre mieux pour qu'elles fussent aussi peu nombreuses que possible. Enfin les progrès de la réduction, etc... ont été mesurés à l'aide du compas d'épaisseur ou de l'un des deux dispositifs suivants : dans quelques cas nous avons enfoncé dans chacun des fragments de fines tiges d'acier dont l'écartement mesurait les progrès de la traction comme l'avait déja fait Malgaigne (1) sur les animaux ; dans d'autres, nous avons perfectionné le procédé en fixant sur l'os mobile (fragment inférieur) une aiguille transversale et sur l'os fixe une échelle graduée sur laquelle cette aiguille marquait les millimétres.

Nous avons, dans un cas employé le procédé des empreintes de cire coulée entre les fragments et dont nous mesurions ensuite l'épaisseur, nous y avons renoncé à cause de la complication et de la lenteur d'exécution de cette méthode : elle ne nous a guère servi que dans une de nos expériences qui a trait à l'étude de la traction continue et longtemps soutenue.

(*A suivre.*)

(1) Nous désirons encore bien nous entendre avec le lecteur sur la valeur de certains mots d'acception douteuse et que nous n'employons que par abréviation : nous appelons poids nominal, *traction nominale* celle qu'indiquent les poids déposés au plateau de la corde de traction, le poids de ce plateau compris : traction *et poids effectif* celui qu'indique le dynamomètre *plantaire*. Ce dernier est le dynamomètre interposé entre la plante du pied et la poulie ; le dynamomètre *crural* est celui qui est interposé aux deux fragments de l'os. Notre traction nominale correspond bien à la traction stérile de M. Hennequin.

Chaque fois que nous produisons un raccourcissement, nous entendons par ce mot le fait d'un chevauchement latéral de 22 millim., le fragment supérieur étant en dedans.

(1) Commnnication orale de M. Le Fort.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

SUR UN CAS D'OBLITÉRATION VEINEUSE SPONTANÉE DU MEMBRE SUPÉRIEUR,

Par P. MUSELIER, médecin de la Pitié.

La rareté des faits d'oblitération veineuse spontanée du membre supérieur m'engage à publier celui dont on lira les détails ci-après. L'intérêt de ce cas me paraît tenir surtout à son obscurité étiologique, à l'absence bien et dûment constatée de toutes les causes que l'on invoque habituellement pour expli-

Jugement :

« Le Tribunal ; — « Attendu que Mme veuve Pigoury, demande à la Compagnie d'assurances sur la vie « Le Monde » le payement d'nne somme de 20,000 francs que cette Compagnie s'est engagée suivant police en date du 29 novembre 1887, enregistrée, à lui payer au décès de Pierre Pigoury son mari ;

« Attendu que la Compagnie défenderesse oppose d'abord à Mme veuve « Pigoury une fin de non recevoir tirée de l'article 18 de la police, ainsi « conçue :

« Les sommes dues par la Compagnie sont payées à son siège social « dans les trente jours de la remise de la police et des pièces justifica- « tives dûment légalisées lesquelles devront comprendre notamment « les actes de naissance et de décès de l'assuré, le certificat de méde- « cin constatant le genre et la durée de la maladie ou l'accident qui a « causé la mort » ;

. . . .

« En ce qui concerne la fin de non recevoir ;

« Attendu que veuve Pigoury justifie de l'impossibilité de prodnire le certificat de médecin que la Compagnie lui réclame par le refus même du médecin qui aurait qualite pour le lui délivrer ; que veuve Pigoury n'a aucun moyen pour l'y contraindre ; qu'en effet le médecin tenu au secret professionnel n'est pas obligé de fournir un certificat sur la cause d'un décès ; que lui seul est juge de la question de savoir si le fait dont il a reçu communication par état ou profession lui a été confié sous le sceau du secret ; que, dans ces conditions la clause dont excipe la Compagnie doit être réputée non écrite ; qu'en décider autrement serait rendre la demanderesse responsable d'une exigence que la Compagnie n'avait pas le droit de lui imposer ;

« En ce qui concerne la fausse déclaration :

« Attendu que la Compagnie allègue que Pigoury était déjà malade à l'époque où il a contracté l'assurance et qu'il a fait ainsi une fausse déclaration sur son état de santé lorsqu'il a déclaré qu'il n'était sujet à aucune maladie ou infirmité grave ;

. . . .

« Par ces motifs :

« Condamne la Compagnie d'assurances sur la vie « Le Monde » par les voies de droit à payer à la dame veuve Pigoury la somme de 20.000 francs pour les causes sus-énoncées avec les intérêts de droit ;

« Condamne en outre la Compagnie d'assurances sur la vie « Le Monde » aux dépens. »

ARRÊT :

« La Cour ; — « Considérant que, si aux termes de l'article 18 de la police d'assurance sur la vie, contractée entre Pigoury et la Compagnie

quer l'arrêt du sang dans un point quelconque de son parcours intra-veineux. En effet, l'examen attentif des malades et la recherche approfondie des antécédents ne nous ont pas permis de rapporter les phénomènes observés à une influence générale, à une disposition inopexique préalable, non plus qu'à une cause locale telle que compression brusque ou lente et graduelle du tronc veineux intéressé. Ce fait reste donc mystérieux au point de vue étiologique et toute conclusion dans ce sens nous est interdite : mais cette réserve nécessaire ne diminue en rien l'intérêt d'une observation dont nous n'avons pu retrouver le pendant nulle part, malgré nos investigations multipliées sur ce sujet.

Le nommé Ernest G..., charcutier, âgé de 58 ans, est admis, le 16 février, à l'hôpital de la Pitié. Ses antécédents héréditaires présentent peu de chose à relever. Ses antécédents personnels présentent à noter : une variole en 1868 ; une pleurésie gauche traitée par la ponction, en 1858 ; la syphilis en 1869. Depuis deux ans, il éprouvait fréquemment des étourdissements. Depuis trois mois, il ressent, de temps en temps, des fourmillements dans la main gauche, voire même une sensation de froid. Cette sensation se fait sentir parfois jusque dans le bras.

Le 10 février au soir, cet individu se couche sans avoir éprouvé aucune sensation particulière du côté du membre supérieur gauche. La nuit est remplie, comme d'habitude, par un sommeil ininterrompu. Au réveil, qui a lieu à l'heure ordinaire, le malade s'aperçoit que l'avant-bras et le bras gauche sont énormément et uniformément tuméfiés. D'ailleurs aucune douleur locale, mais seulement une sensation de lourdeur, de gêne, se rapportent évidemment à l'augmentation insolite du volume du membre. L'absence de douleur permet même au malade de continuer à travailler toute la journée suivante. Toutefois, la nuit suivante, il ressent un engourdissement, qui le tient éveillé durant plusieurs heures.

Le 12. Augmentation de la sensation d'engourdissement, ainsi que du gonflement de la main et de l'avant-bras.

Le 13. Le bras, resté jusque-là moins tuméfié que l'avant-bras, se prend à son tour.

Le 15. Augmentation de l'œdème, qui s'étend jusqu'à l'aisselle et jusqu'à la région du sein. Le malade, qui avait pu travailler jusqu'à ce jour, en dépit de la gêne produite par la tuméfaction, se décide à solliciter son admission à l'hôpital. Voici quel est son état en ce moment :

La main, l'avant-bras, le bras, l'aisselle du côté sont considérablement gonflés. La circonférence du bras malade est de 12 cc. environ supérieure à celle du côté opposé. Tout le long des membres les téguments présentent une rougeur diffuse, sorte d'érythème que l'on doit rapporter à l'application des topiques irritants qui ont formé toute la base du traitement pendant les premiers jours. A la main, le gonflement est surtout visible du côté dorsal. D'ailleurs, tous les mouvements de celle-ci sont libres, ainsi que ceux de la main, de l'avant-bras et du bras, mais nullement douloureux. Seulement, une sensation de poids assez pénible, en raison de l'augmentation considérable du volume du membre ; la pression sur le membre n'est nulle part douloureuse. En somme, il s'agit plutôt là d'un phénomène de gêne mécanique.

La consistance des parties tuméfiées est à peu près celle de l'œdème de la phlegmatia ? L'empreinte du doigt n'est produite qu'après une pression prolongée, d'une certaine énergie et d'un peu de durée. L'aisselle et l'épaule présentent aussi un empâtement, d'ailleurs faiblement prononcé, qui s'étend jusqu'au voisinage de la région mammaire, diminuant graduellement. Aucune trace d'adénopathie axillaire. Une autre particularité extrêmement importante est celle qui est fournie par l'examen du réseau veineux superficiel. En effet, on constate principalement, au niveau du tiers supérieur du bras, une dilatation des veinules de la peau et des veines sous-cutanées. Cette dilatation est très apparente et donne aux téguments de cette région un aspect assez semblable à celui de la face chez les individus à visage couperosé. Elle forme un véritable bracelet qui entoure toute la racine du membre, sauf du côté de l'aisselle, où ces varicosités sont moins marquées, sans pourtant faire complètement défaut. Dans la région située au-dessus, c'est-à-dire du côté de l'avant-bras et de la main, ce développement veineux collatéral disparaît complètement : mais on le retrouve immédiatement au-dessus, marqué par de gros troncs veineux sous-cutanés que l'on peut suivre au-delà de l'épaule.

Rien à noter du côté des artères. Les battements de la radiale sont aussi forts que ceux du côté opposé. Rien non plus du côté du cœur, dont les bruits sont normaux.

Il n'existe nulle part de cause de compression vasculaire apparente. Un examen attentif de l'aorte, des gros vaisseaux, et particulièrement l'exploration minutieuse de la région axillaire gauche fournissent, à cet égard, un résultat complète-

---

« Le Monde », il était stipulé que le bénéficiaire de l'assurance serait tenu de fournir, à l'appui de la demande en paiement, un certificat de médecin constatant le genre de mort qui avait donné ouverture à cette assurance, il est établi et reconnu d'ailleurs que la dame Pigoury a demandé ce certificat au docteur qui a soigné son mari dans sa dernière maladie ;

« Que celui-ci a opposé un refus absolu motivé sur le secret professionnel ;

« Que, dans ces circonstances, ayant fait ce qu'elle pouvait pour accomplir son obligation, elle est réputée en droit l'avoir accomplie, la clause du contrat n'impliquant pas par ses termes une obligation plus étendue ;

« Que, dans cette situation de fait et de droit, qui se résume dans l'application de l'article 1175 Code civil, le litige ne porte, ni sur les conditions relatives à la validité des obligations, telles quelles sont définies par les articles 1131 et 1133 Code civil, ni sur la nullité qui pourrait résulter de la condition d'une chose impossible, alors qu'il s'agit seulement d'un obstacle apporté à l'exécution d'une condition, lequel ne peut être opposé comme fin de non recevoir à une action qui n'émane pas de l'auteur même de cet obstacle ;

. . . .

« Adoptant au surplus les motifs des premiers juges en ce qu'ils n'ont rien de contraire à ceux qui précèdent ;

« Confirme avec amende et dépens. »

C'est la première fois, croyons-nous, que la justice a été appelée à se prononcer sur la question du secret professionnel imposé aux médecins, dans un débat pendant entre une compagnie et le bénéficiaire d'une assurance sur la vie.

En ce qui concerne le médecin, qui n'était pas en cause, le jugement du tribunal de commerce, dont l'arrêt a adopté les motifs en partie du moins, semble lui reconnaître la faculté de parler ou de se taire selon qu'il estimera qu'il a été consulté ou non sous le sceau du secret. Il convient d'aller plus loin et de décider que le médecin traitant de l'assuré devra toujours refuser de délivrer aucun certificat, soit au moment de l'assurance, soit *post necem*, y fût-il autorisé par son client ou ses héritiers, et si considérable que puisse être l'intérêt pécunaire engagé. Au point de vue de l'intérêt pécuniaire du reste, les décisions rapportées ci-dessus ont une importance considérable, en ce sens qu'elles ne donnent plus à redouter, désormais, qu'il puisse se trouver compromis, puisque la clause est déclarée non obligatoire. C'est

ment négatif. Pareillement, on ne constate sur le membre supérieur aucune trace d'écorchure ou de lésion traumatique susceptible de donner naissance à une lymphangite.

Les caractères de l'œdème, et particulièrement la disparition toute spéciale de la circulation collatérale, imposent le diagnostic d'oblitération des veines profondes du membre supérieur. Cette oblitération siège évidemment au niveau du tiers supérieur du bras, comme l'indique le développement veineux superficiel décrit plus haut, qui représente une véritable voie de dérivation supplémentaire pour les veines situées au dessous de l'obstacle, suivant un mécanisme bien connu et pour ainsi dire classique. Mais la cause de cette oblitération reste inconnue.

Le traitement institué a été purement local. Application d'un bandage ouaté compressif de la main jusqu'à la racine du bras, et élévation permanente du bras, qui est maintenu dans la suspension à peu près verticale au moyen de bandes fixées à la barre transversale du lit. Le 18 février, le bandage est enlevé et on constate alors une diminution considérable de l'œdème, principalement au niveau de la main et de l'avant-bras. Par contre, la tuméfaction semble avoir augmenté vers la racine du membre et vers l'aisselle. Du reste, l'œdème réapparait vite après la cessation de la compression. On institue celle-ci à nouveau, avec le même soin que la première fois et on la maintient jusqu'au 23 février, époque où l'amélioration est telle que l'on croit pouvoir y renoncer définitivement. A cette date, la tuméfaction est considérablement réduite, les mouvements du membre sont notablement plus libres, le mieux s'accentue.

Le 25. Le malade demande sa sortie. Les mouvements du bras sont encore légèrement gênés, par suite de l'exagération de volume du membre qui n'est pas encore complètement à son état normal. A ce moment, la mensuration de la circonférence du bras donne 6 centimètres de plus que la région homologue du côté opposé; celle de l'avant-bras, seulement 4 centimètres de plus.

Le 10 mars, c'est-à-dire vingt-quatre jours après le début des accidents, on constate que la diminution de l'œdème du membre s'est encore accentuée depuis la sortie. La différence fournie par la mensuration entre les deux bras n'est plus que de 4 centimètres pour la partie supérieure, 1 centimètre pour l'avant-bras; une légère trace de vascularisation veineuse persiste. Les téguments sont plus rouges du côté de l'oblitération que du côté opposé. Le malade éprouve encore une sensation de froid à ce niveau, sans que, d'ailleurs, cette différence de température soit appréciable à la main et à la mensuration thermique.

---

aux compagnies à se fixer soit sur l'état de santé du futur assuré, soit sur les causes de son décès, à l'aide des moyens d'investigation dont elles disposent et en s'adressant à leurs propres médecins qui, eux, lui doivent tous les renseignements qu'ils ont pu recueillir, sans risquer de violer le secret qui leur aurait été confié par un client. Ils ont, en effet, un rôle analogue à celui de l'expert désigné par la justice, lequel est tenu de faire connaître, à qui l'a commis, le résultat de son examen (En ce sens : Al. Legroux, *Arch. gén. de méd.*, août 1878; Gallard, *Rapport à l'association des médecins de France*, annuaire, 1874, p. 88; Brouardel, *Secret médical*, p. 66 et suiv., 90 et suiv.; Lacassagne, *Précis de méd. jud.*, p. 38; notre *Code des médecins*, p. 154 et 184-186; Coutra : Legrand du Saulle, *Traité de méd. lég.*, 2e éd., 1886, p. 1227.) C'est, du reste, la règle de conduite qui a été acceptée par l'Association générale des médecins de France, et par la Société de médecine légale sur un rapport de notre confrère M. Rocher (*Soc. de méd. lég.*, séances des 9 juin et 4 août 1884, t. VIII, pages 337 et 389.) Enfin un jugement du tribunal civil du Havre, en date du 30 juillet 1886, avait déjà décidé, comme vient de le faire le tribunal de commerce de la Seine, que celui qui est tenu au secret professionnel est seul juge, en son âme et conscience, de la question de savoir s'il a été ou non consulté sous le sceau du secret. Ce jugement rendu par le tribunal du Havre, avait rejeté la demande en délivrance d'un certificat et en dommages-intérêts, formée contre le médecin traitant d'une personne assurée, par le bénéficiaire de l'assurance.

(*A suivre.*) A. Léchopié.

REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX

Suite (1).

VI. — Deux cas de sciatique spasmodique, par H. Lamy. (*Le Progrès médical*, 1891, n° 2, p. 28.)

VII. — Scoliose alternante dans un cas de sciatique, par E. Remak. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 7, p. 257; avec deux dessins.)

VIII. — Un cas de dermatomyosite aigue, par le prof. Unverricht. (*Ibidem*, n° 2, p. 41.)

IX. — Sur un cas insolite d'hémiatrophie musculaire congénitale, par le prof. Demme. (*Wiener medicin. Blætter*, 1891, n° 2.)

X. — Sur une forme de nystagmus non encore décrite, par le Dr S. Freund. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 8, p. 288.)

Indications bibliographiques.

VI. — Les travaux de Charcot, de Babinsky, de Ballet nous ont fait connaître les déviations du rachis comme une conséquence fréquente de la sciatique; elles nous ont appris que ces déviations consistent habituellement dans une scoliose avec inclinaison de la colonne vertébrale du côté opposé à celui où siège la sciatique. Cependant Brissaud (*Archives de neurologie*, janvier 1890), a montré que la scoliose peut être *homologue*, c'est-à-dire avec inclinaison du bassin du côté de la sciatique, et que cela s'observe dans les cas où la sciatique revêt le caractère spasmodique.

M. H. Lamy a publié récemment deux nouveaux exemples de scolioses homologues survenues dans des cas de sciatique spasmodique. Dans les deux cas les malades ont présenté un raccourcissement *apparent* du membre malade, allant jusqu'à 6 centimètres chez l'un deux, et un élargissement apparent de la fesse du même côté. Le raccourcissement apparent du membre inférieur est attribué par M. Lamy à la rétraction spasmodique des muscles animés par les plexus lombaire et sacré, rétraction déterminée par la douleur. Quant à l'élargissement du bassin, l'auteur, pour l'expliquer, invoque une rotation du bassin consécutive au spasme musculaire, rotation ayant eu pour effet de porter en arrière la région trochantérienne du côté malade.

VII. — L'observation relatée par M. E. Remak est également un exemple de sciatique avec scoliose homologue. Elle concerne un agent de police âgé de 40 ans, affecté d'une sciatique gauche, et qui, lorsqu'il se tient debout et plus encore,

(1) Voir le numéro précédent.

lorsqu'il marche, porte sa colonne vertébrale fortement à droite, par suite de quoi la hanche gauche se trouve déviée en dehors, tandis que la jambe gauche subit une légère rotation en dehors. Sur la ligne axillaire, la distance du rebord des fausses côtes à la crête iliaque est de 10 centimètres à gauche et seulement de 6 à droite. Il existe une scoliose très accusée de la région lombaire, avec convexité tournée à gauche, et en outre, une scoliose compensatrice de la région dorsale, dirigée vers la droite, avec saillie exagérée de l'omoplate droite.

Cette scoliose gauche qui, à l'idée de Remak, est en quelque sorte normale, se transforme en une scoliose droite anormale lorsque le malade s'appuie avec les deux mains sur un objet placé devant lui à une distance relativement grande, et que, solidement fixé sur le pied gauche, il fait opérer lentement à la colonne vertébrale un mouvement de conversion vers la gauche, en imprimant une forte saillie à la hanche droite et une légère rotation en dedans à la jambe gauche. D'après le dire du malade, les douleurs qui occupent la région fessière gauche se déplacent instantanément à droite, au moment où il opère le changement d'attitude qui vient d'être décrit.

Quand le malade fait une course un peu longue, il est obligé de s'arrêter en route pour modifier son attitude, et pour cela il prend refuge dans quelque maison et s'appuie à une balustrade. En examinant bien le malade après un pareil changement d'attitude, on constate que sa hanche droite est fortement projetée en dehors et que la jambe gauche a subi une légère rotation en dedans. La région lombaire est alors inclinée à gauche, il existe une scoliose avec convexité dirigée à droite, moins prononcée que la scoliose à convexité gauche, qu'on constate quand le malade est dans son attitude ordinaire. Cette scoliose peut également être compensée par une scoliose de la région dorsale, dirigée en sens opposé. Dans cette seconde attitude, le patient peut également se mouvoir avec une grande rapidité, mais lorsqu'il vient à s'asseoir après avoir marché pendant quelque temps, l'attitude première se rétablit spontanément.

Remak ne croit pas devoir se rallier à la proposition de Brissaud, de faire de la scoliose homologue une forme spéciale de sciatique, forme spasmodique. Remak trouve une explication suffisante des anomalies constatées chez son malade, dans la mobilité extraordinaire de la colonne vertébrale et dans l'étendue insolite des mouvements dus à la contraction des muscles lombaires, qui permettent au malade de prendre des attitudes rendant possibles la station debout et la marche, en déchargeant la jambe douloureuse d'une partie du poids qu'elle supporte.

VIII. — Le prof. Unverricht a observé une femme enceinte âgée de 39 ans, qui, bien portante d'habitude, présentait une tuméfaction des jambes, avec démangeaisons. En même temps était survenue une éruption aux oreilles et aux membres inférieurs (jambes et cuisses). Trois jours plus tard la malade fut prise de céphalalgie, de nausées, de vomissements, de fièvre; la tuméfaction et l'éruption envahirent le ventre et la poitrine; dans les jambes et dans les lombes, légères douleurs, aussi bien quand la malade était couché que lorsqu'elle se tenait debout. Depuis un mois la malade n'avait pas mangé de viande de porc; il n'y avait donc pas à songer à la trichinose. La déglutition s'effectuait normalement.

Au huitième jour de la maladie on notait l'état suivant. La peau du visage était tuméfiée et rouge dans la région de l'apophyse zygomatique. Aux membres inférieurs, il y avait de l'œdème. Au niveau des jambes la peau était luisante, rouge, tendue, chaude au toucher, au niveau des cuisses, infiltration dure. La peau ne se laissait plus soulever en plis. L'éruption avait disparu aux membres inférieurs. Une pression un peu forte développait de la douleur. Le tronc était le siège d'un exanthème papuleux, d'un rouge bleuâtre. Des piqûres d'épingles et une pression un peu forte développaient des douleurs assez vives. La mobilité et la force musculaire étaient normales. Pas de tuméfaction de la rate. Plus de fièvre.

Dans les jours qui ont suivi, l'exanthème du tronc, les démangeaisons, l'œdème de la face ont fortement augmenté, l'éruption s'est étendue aux membres. Puis les symptômes ont rétrocédé. La femme quitta l'hôpital. Elle a été revue six mois plus tard et voici ce que l'on constatait à cette époque: plus de tuméfaction, mais un peu de douleurs à la pression d'un certain nombre de muscles. La femme se plaignait en outre de douleurs qu'elle éprouvait à l'occasion des mouvements spontanés, dans les muscles de la nuque principalement. La peau présentait un aspect normal. La région deltoïdienne paraissait atrophiée. Dans tout le côté droit les muscles présentaient un développement plus considérable qu'à gauche. De ce côté, le sous-épineux était fortement aplati. L'excitabilité faradique des muscles était d'ailleurs normale.

L'auteur incline à voir dans ce cas une dermatomyosite d'origine parasitaire.

IX. — L'observation de Demme concerne une petite fille âgée de deux mois au moment de son admission à l'hôpital. Dès la naissance, la sage-femme avait remarqué qu'une moitié du corps de l'enfant était plus développée que l'autre. La fillette était d'apparence vigoureuse. L'examen des organes internes ne dénotait rien d'anormal. La moitié gauche du crâne était plus développée que la moitié droite. La joue gauche était plus épaisse. La moitié gauche de la langue était deux fois aussi grosse que la moitié droite. L'oreille gauche était également plus développée que celle de droite. Le pourtour de la moitié gauche du thorax mesurait 21 cent. 5, le pourtour de la moitié droite 18 centimètres. Même inégalité de dimensions au niveau du ventre. Les membres du côté gauche étaient plus développés que ceux de droite. Quant au reste, la mobilité était normale, et la force musculaire égale des deux côtés.

L'épaississement de la langue occasionna une asphyxie mortelle. Voici les particularités relevées à l'autopsie :

Intégrité des nerfs périphériques. Il a semblé que dans la corne antérieure du côté gauche, les cellules ganglionnaires étaient un peu plus nombreuses que dans la corne antérieure du côté droit. Dans les faisceaux pyramidaux les fibres nerveuses n'avaient pas encore de gaines de myéline. Dans les muscles du côté gauche, les fibrilles musculaires présentaient une épaisseur insolite, avec effacement des stries. Les faisceaux primitifs étaient en état de dégénérescence granuleuse. Multiplication des noyaux sarcolemmateux. Prolifération du tissu conjonctif interstitiel.

X. — Un jeune soldat de 19 ans, indemne de toute tare héréditaire neuropathique, ayant été soumis à des exercices très fatiguants, se réveilla le lendemain matin avec des mouches volantes devant les deux yeux, une diminution considérable de l'acuité visuelle, des douleurs dans les deux globes oculaires, qui étaient agités d'une sorte de tremblement. Ce tremblement consistait dans des excursions rapides et continues des globes dans le sens transversal, qui cessaient quand le sujet fixait un objet, ou lorsqu'il fermait un œil, et se reproduisait sitôt qu'il regardait avec les deux yeux ouverts. A l'hôpital militaire on constata en outre que les oscillations

cessaient également quand les yeux étaient amenés en fixation latérale.

Depuis son enfance le patient présentait une certaine faiblesse de l'œil droit, qui avait augmenté depuis trois mois. D'autre part un affaiblissement de l'œil gauche avait coïncidé avec l'apparition du tremblement.

Sous l'influence des dérivatifs, les douleurs oculaires se sont dissipées, mais le nystagmus a persisté, et au bout de cinq mois le malade a été renvoyé dans ses foyers comme impropre au service militaire.

Le prof. Magnus, de Breslau, qui a examiné le malade dans la suite, a pu constater l'existence du nystagmus horizontal, et un blépharospasme chronique intermittent, qui cessait quand le malade contractait fortement ses paupières. D'autre part la galvanisation a exercé une influence très curieuse sur le nystagmus. En appliquant l'anode (pôle positif) sur le front dans le voisinage de l'œil, et l'autre pôle à une région quelconque, le nystagmus a cessé momentanément déjà après la première séance; il a disparu définitivement après la septième séance de galvanisation, en même temps que les troubles subjectifs. Enfin le blépharospasme a disparu après trois semaines de traitement par la galvanisation.

Pour ce qui concerne la pathogénie de ce nystagmus, M. Freund a fait remarquer qu'on pouvait mettre hors de cause l'existence de la sclérose en plaques ou de toute autre affection organique des centres nerveux. On observait cependant chez le malade d'autres symptômes que ceux mentionnés ci-dessus, c'est-à-dire de l'accélération et de l'irrégularité du pouls, une arythmie cardiaque très prononcée; le premier bruit du cœur s'entendait avec moins de netteté au niveau de la valvule mitrale. Le malade avait la glande thyroïde tuméfiée. Pendant son séjour à l'hôpital militaire, il avait eu des diarrhées profuses sans coliques, qui revenaient par accès, au nombre de cinq à six par vingt-quatre heures, durant une semaine environ, puis cessaient pendant deux ou trois jours. La sudorification était devenue plus active surtout au niveau du front et des omoplates. Enfin on constatait un certain degré de dyschromatopsie (défaut central de perception du rouge).

A l'idée de Freund, il s'agissait vraisemblablement dans ce cas, d'une forme fruste de la maladie de Basedow. Mais il resterait à rendre compte des rapports des phénomènes oculaires avec cette affection. C'est tout au plus si, en compulsant les recueils de la littérature médicale, Freund a pu découvrir un autre exemple de maladie de Basedow compliquée de nystagmus, publié par Bramwell. D'un autre côté la galvanisation avait amené la cessation du nystagmus et du blépharospasme, sans influencer les autres symptômes. Or, lorsqu'on eut appelé l'attention du malade sur la nécessité de porter des vêtements qui lui serrassent moins le cou, et qu'il eut donné suite à cette recommandation, la tachycardie et la tuméfaction de la glande thyroïde se dissipèrent à leur tour, en même temps que le scotome central diminuait d'étendue. Il y eut sans doute quelques retours passagers de ces différents symptômes, mais qui cédèrent au traitement galvanique. C'est pourquoi Freund a conclu finalement à ce que le nystagmus aussi bien que le scotome central n'étaient que des manifestations de la maladie de Basedow.

Je ne ferai que signaler l'essai de localisation tenté par l'auteur, relativement au siège central des troubles présentés par le malade.

E. RICKLIN.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

E. DELBANCO. — *Contributions à la symptomatologie et au diagnostic des tumeurs du pont de Varole.* (Berlin 1891.)

R. ROSCIOLI. — *Tumeurs de la glande pituitaire.* (*Il Manicornio*, 1890, t. VI, p. 135.)

A. FRAENKEL. — *Sur le diagnostic des affections de la surface du cerveau (pachyméningite interne et méningite tuberculeuse).* *Berliner Klin. Wochenschrift*, 1891, n° 27, p. 667.)

S. KIRILZEW. — *Contributions à l'histoire clinique des affections des couches optiques.* (*Medicinskoje, Obozenije*, 1891, n° 4.)

O. MEDIN. — *Une épidémie de paralysie infantile.* (*Hygiea*, 1890, t. XLII, p. 657.)

E. REMAK. — *Sur la chorée héréditaire* (*Neurologisches Centralblatt*, 1891, n°s 11 et 12.)

E. R.

REVUE DE BACTÉRIOLOGIE

I. — LES ANGINES DE LA SCARLATINE. — RECHERCHES CLINIQUES ET BACTÉRIOLOGIQUES, par H. BOURGES. — G. Steinheil, 1890. Thèse de Paris.

II. — ÉTUDE SUR LA BRONCHO-PNEUMONIE (*Anatomie pathologique, bactériologie, prophylaxie*), par E. MOSNY. Steinheil, 1891. Thèse de doctorat. Paris.

I. — Depuis longtemps on avait divisé les angines de la scarlatine en ANGINES PRÉCOCES, accompagnant ou précédant l'éruption, et en ANGINES TARDIVES suivant celle-ci. On peut également, parmi les angines précoces, en distinguer plusieurs variétés.

A. — *L'angine érythémateuse*, qui représente l'angine scarlatineuse type. La rougeur qui la caractérise ne se limite pas à la gorge, mais se montre aussi, quoique plus fugace, à la face interne des joues, aux gencives, aux lèvres, à la langue, mais seulement sur les bords et à la pointe. Elle s'accompagne de gonflement et les amygdales peuvent arriver à se toucher. Un mouvement fébrile, qui se confond avec celui de l'éruption, signale son début. Puis la sécheresse de la gorge apparaît, bientôt suivie de douleur, qui s'exagère par la pression aux angles des mâchoires.

La voix prend un timbre nasonné. Dès le lendemain du début de l'angine, les ganglions sous-maxillaires se prennent, et dans certains cas se fondent dans un empâtement du tissu cellulaire. Du deuxième au quatrième jour il n'est pas rare de voir apparaître des concrétions crémeuses, lenticulaires, siégeant au niveau de cryptes amygdaliens de préférence, mais quelquefois aussi sur le voile du palais, les piliers et la luette.

Blanc au début, puis grisâtre ou jaune, cet exsudat s'enlève facilement. Au dessous, la muqueuse n'est pas saignante, et il se désagrège dans l'eau. Sujet à des récidives, il dure de un à quatre jours.

B. — *L'angine pseudo-membraneuse* peut être *précoce* ou *tardive*, celle-ci se montrant après le premier septénaire.

Précoce, elle débute dans les deux ou trois premiers jours, par des points lenticulaires, qui prennent lentement l'aspect pseudo-membraneux, en même temps que l'adénopathie se montre, que la température s'élève ou reste élevée. Les fausses membranes sont récidivantes, pendant une huitaine de jours.

Les signes fonctionnels sont plus prononcés que dans l'angine érythémateuse. La fétidité de l'haleine est plus marquée, la fièvre persiste, et l'état général des malades dénote un certain degré d'infection. L'adénopathie varie depuis le simple engorgement, jusqu'à la tuméfaction avec infiltration du tissu cellulaire du cou.

Les fausses membranes ne restent pas localisées aux amygdales, mais gagnent les piliers et peuvent engainer la luette. Blanches au début, elles deviennent jaunâtres par la suite, hémorrhagiques parfois, et toujours très difficiles à détacher de la muqueuse, où elles se reproduisent en quelques heures; la muqueuse saigne quand on les arrache. Sur le cadavre, on peut d'ailleurs s'assurer que les amygdales sont le siège d'ulcérations à bords irréguliers, taillés à pic, et qui peuvent donner lieu à une suppuration abondante.

En dehors de ces points, ces fausses membranes peuvent former des plaques, sur la voûte palatine, sur la langue, sur les lèvres, et envahir les fosses nasales, parfois même le larynx.

Suivant les caractères locaux ou généraux de ces angines, on peut leur reconnaître trois formes :

1° Une forme bénigne à symptômes peu intenses;

2° Une forme grave, que caractérisent l'extension des fausses membranes, la longue durée de la maladie, et les symptômes généraux d'ordre infectieux pouvant produire des localisations à distance (otites, broncho-pneumonie, etc..) ;

3° Une forme septique, qui rappelle le tableau des angines diphthériques hypertoxiques ;

Dans tous ces cas, l'origine pseudomembraneuse est postérieure à l'éruption.

— L'angine pseudomembraneuse *tardive* apparaît quand la scarlatine a complètement évolué, c'est l'angine de la 2e semaine, quelquefois, de la 3e ou de la 4e.

Quoique grave, elle ne comporte pas un pronostic aussi grave qu'on ne le pense, puisque dans les cas de M. Bourge elle a guéri sept fois dix.

— C. — *L'angine gangreneuse* est une troisième forme et des plus redoutables de l'angine scarlatineuse. Très fréquente au siècle dernier, elle s'observe rarement aujourd'hui. Son apparition est insidieuse ou bien s'accompagne d'adynamie, de délire, de refroidissement. Le sphacèle peut passer inaperçu si on n'examine pas la gorge. La caractéristique de cette forme est l'odeur épouvantable de l'haleine. La gorge montre des plaques arrondies, gangreneuses, déprimées, entourées d'un bourrelet violacé de la muqueuse et qui se fusionnent.

De quelle nature sont ces angines ? Les cliniciens avaient depuis longtemps établi une différence entre l'angine précoce et l'angine tardive, et tout récemment encore à la Société médicale des hôpitaux, M. Sevestre insistait sur la bénignité relative des premières. Mais il est presque impossible par l'examen clinique de distinguer ces formes entre elles, et c'est à l'examen bactériologique qu'appartient la solution de la question. En somme, il s'agit de savoir la part qui revient à la diphthérie dans la production de ces angines.

Dans 17 cas d'angine érythémateuse, dont trois avec dépôt pultacé, la présence du streptocoque a été constatée d'une façon constante.

Dans 17 cas d'angine pseudomembraneuse précoce dans laquelle le diagnostic diphthérie pouvait s'imposer, la présence du streptocoque a été mise en évidence, à l'exclusion du bacille de Lœffler. Dans un 18e cas cependant, et sans que les caractères objectifs de l'angine aient varié avec les précédents, l'examen bactériologique a pu mettre en évidence le bacille de Lœffler.

Le streptocoque a été également rencontré dans un cas d'angine septique ; enfin dans 4 cas d'angine pseudomembraneuse tardive, le bacille diphthérique a été rencontré 3 fois associé ou non au streptocoque et ce dernier une fois à l'exclusion du premier.

Ajoutons que d'autres organismes ont également poussé dans les cultures. Ce sont : dans les angines érythémateuses, cinq fois un microcoque signalé par Vignal dans la bouche, sous la rubrique micrococque A; trois fois le bacillus coli communis; deux fois le staphylocoque blanc.

Dans les angines pseudomembraneuses, neuf fois le staphylocoque pyogène doré, quatre fois le bacillus coli communis; une fois le microcoque A; et une fois le staphylocoque blanc.

Enfin dans un cas d'angine tardive le microcoque A et le bacillus coli communis.

Le streptocoque isolé dans un cas d'angine a présenté le caractère morphologique du streptocoque pyogène; de plus inoculé à des pigeons en excoriant la muqueuse du bec, il a produit toujours un exsudat membraneux blanchâtre, qu'il provînt d'une angine érythémathense ou à fausses membranes. Il n'a rien produit sur la conjonctive du lapin ni sur la muqueuse palatine du cobaye.

Sa virulence diminue à mesure que la culture vieillit.

La conséquence de ces recherches est donc que les angines précoces de la scarlatine ne sont pas *en général* de nature diphtérique, et que, au contraire, les angines tardives relèvent de celle-ci, mais il nous semble qu'on ne saurait ériger ces conclusions en règles trop absolues. La thèse de M. Bourges renferme deux observations qui sont des exemples de diphtérie dans l'angine précoce, de non diphtérie dans l'angine tardive. Et puisque l'angine scarlatineuse paraît devoir être considérée comme une complication d'ordre infectieux secondaire, et devant l'impossibilité où l'examen clinique se trouve de pouvoir fixer seul la nature d'une angine de cette nature, il est clair qu'on devra toujours s'adresser à l'examen bactériologique qui seul pourra donner une certitude.

La nature streptococcique de l'angine scarlatineuse donne la clef des suppurations secondaires à la scarlatine ; et pour les éviter, il faudra avoir recours à de fréquents lavages antiseptiques de la gorge et des fosses nasales, dès le début de la maladie. En tout cas l'isolement de ces malades dans les pavillons de diphtérie ne devra être fait que si l'examen bactériologique a montré la présence du bacille de Lœffler.

II. — La première partie du travail de M. Mosny est consacrée à l'historique du sujet. Il établit dans ce travail préliminaire l'état de la science en ce qui concerne les différentes espèces de broncho-pneumonie. Il passe en revue les doctrines anatomiques et pathogéniques qui ont été mises en avant. Séparée de la pneumonie par les premiers anatomistes, qui avaient vu et bien vu le rôle important joué par la bronchite dans la répartition des lésions, elle en fut rapprochée plus tard par les histologistes, préoccupés des lésions élémentaires du parenchyme pulmonaire. Et tandis que les anatomistes français avec Joffroy et Balzer, insistaient surtout sur les lésions bronchiques, point de départ et cause directe des lésions pulmonaires, les histologistes allemands tendaient au contraire à identifier le processus pulmonaire lobaire et lobulaire, et à mettre tout à fait au second plan les altérations bronchiques. Mais, d'après Mosny, on est allé trop loin en France en cherchant à établir entre la pneumonie et la broncho-pneumonie des caractères distinctifs plus tranchés qu'ils ne le sont en réalité et ce, en attribuant au rôle de la bronchite, pourtant bien réel, une importance pathogène exagérée, en créant par exemple la théorie du nodule péribronchique.

Au point de vue bactériologique, on soupçonnait depuis longtemps la nature infectieuse de la broncho-pneumonie; mais la tendance qu'on eut, au début, d'en faire une localisation de la maladie infectieuse au cours de laquelle elle se montrait, en-

gagea dès l'abord dans une mauvaise voie. On chercha dans la broncho-pneumonie rubéolique, diphtérique, etc., le microbe de la rougeole et de la diphtérie. C'était passer à côté et risquer de méconnaître les résultats des recherches microbiologiques. Aussi cette voie fut bientôt abandonnée, et la broncho-pneumonie apparut comme une manifestation infectieuse il est vrai, mais relevant d'une infection surajoutée, et dont les agents se trouvèrent être des microbes déjà connus.

Les recherches faites sur la broncho-pneumonie de la rougeole (Guarnieri, *Ac. roy. de Rome*, 1887, Marel, *Soc. anatom.*, 1890), ont montré que l'agent pathogène de cette broncho-pneumonie était un streptocoque que sa morphologie et ses cultures permettaient d'identifier avec le streptocoque pyogène. La broncho-pneumonie de la diphthérie a été tour à tour attribuée au bacille de Klebs Lœffler (Darier) et plus récemment à des micro organismes divers au premier rang desquels nous trouvons encore le streptocoque.

Les arguments que M. Mosny fait valoir à l'appui de l'action unique du streptocoque prétéraient cependant à la critique, nous ne pouvons y insister ici. Des recherches encore en cours ne nous permettent pas de formuler des conclusions pour l'instant.

Mêmes remarques et même organisme dans la broncho-pneumonie de la scarlatine (Cornil et Babes), où l'on retrouve le streptocoque associé ou non au pneumocoque de Frænkel; dans celle du choléra (Dubreuilh, thèse, 1885), dans celle de la fièvre typhoïde (Neumann, *Berlin. Klin. Woch.*, 1886; Frænkel et Simmonds, 1886), dans celle de la grippe où l'on a retrouvé le pneumocoque, le pneumo-bacille, le streptocoque; dans celle de la tuberculose, due non pas au bacille de Koch seul, ainsi que Landouzy et Queyrat l'avaient annoncé, mais au pneumocoque (Duflocq et Ménétrier) et autres.

Enfin il existe en dehors des maladies générales, pyrexies, fièvres éruptives, une broncho-pneumonie primitive, dans laquelle on a retrouvé le pneumo-bacille, le pneumocoque et surtout le streptocoque.

— Quand on examine, au point de vue anatomique, des poumons atteints de broncho-pneumonie, on est frappé de l'irrégularité et de la dissémination des lésions. C'est que la broncho-pneumonie, dominée par l'irritation bronchique, par la bronchite préalable, est subordonnée à celle ci, de là un défaut de simultanéité dans l'évolution des noyaux broncho-pneumoniques, et la présence dans des points tout à faits voisins, de lobules à différents degrés d'hépatisation.

Mais on peut du moins en distinguer deux formes capitales : dans l'une, les lobules sont pris isolément, et dans un même bloc se montrent plus ou moins altérés, c'est *le type lobulaire*, broncho-pneumonique par excellence, séparés par des lobules sains emphysémateux, atélectasiés, etc. Dans l'autre, le poumon renferme un ou plusieurs blocs broncho-pneumoniques à différents degrés d'évolution, il est vrai, mais dans chacun desquels tous les lobules sont pris plus ou moins et sans interposition de lésions accessoires. C'est *le type lobaire*, forme, dit l'auteur, de pneumonie franche spéciale à l'enfant, type pseudo-lobulaire de la pneumonie.

— Le type lobulaire serait dû au streptocoque. Il évolue rapidement chez l'adulte et aboutit très vite à l'hépatisation grise.

L'infection pulmonaire se généralise rapidement et cause par cela même la mort.

Chez l'enfant, la marche est plus lente, la généralisation moins fréquente, mais les lésions accessoires du poumon — atélectasie, emphysème, etc., — sont extrêmement marquées, et la gravité de la bronchopneumonie chez lui est due à l'asphyxie qu'amène l'extension de ces lésions.

— La forme pseudo-lobaire devrait être appelée type pseudo-lobulaire de la pneumonie franche. Les lésions sont souvent bilatérales, inégales dans les deux poumons. Les lésions de bronchite, quoique constantes, sont moins accusées que dans la forme précédente. Cette forme renferme le pneumocoque encapsulé de Frænkel.

Elle évolue plus lentement que la pneumonie de l'adulte, et contrairement à celle-ci ne détermine que rarement la mort par généralisation de l'infection.

— Les microbes rencontrés par M. Mosny dans les bronchopneumonies sont au nombre de trois :

1° Le *streptocoque pyogène*, trouvé 12 fois isolé ou non;

2° Le *pneumocoque de Talamon-Frænkel*, trouvé 6 fois dont 2 fois associé au streptocoque;

3° Le *pneumo-bacille de Friedlander*, trouvé 2 fois, dont une associé au streptocoque.

A côté de ceux-ci, on rencontre également les *staphylocoques pyogènes blanc et doré*, que M. Mosny considère comme jouant un rôle indéterminé, souvent nul. — Pourquoi?

Le *bacille diphtérique*, que l'auteur n'aurait rencontré que dans les bronches tapissées de fausses membranes, et associé au streptocoque et au pneumocoque dans les foyers de broncho-pneumonie.

On sait que Weichselbaum avait voulu faire, sous le nom de *streptococcus pneumoniæ*, une espèce à part du streptocoque qu'il avait rencontré dans les broncho-pneumonies. M. Mosny s'est attaché au contraire à mettre en relief son identité avec le streptocoque pyogène. Indépendamment des analogies fournies par les cultures et les conditions de celles-ci, le streptocoque de la broncho-pneumonie inoculé sous la peau de l'oreille du lapin a déterminé les réactions ordinaires et caractéristiques du streptocoque de l'érysipèle, qu'on identifie également, comme on sait, avec le streptocoque pyogène.

— Reste maintenant à connaître le degré de fréquence de chacun de ces microbes dans les différentes espèces de broncho-pneumonies.

Dans la *rougeole*, sur neuf cas, M. Mosny a rencontré :

4 fois le streptocoque pur,
1 fois le pneumocoque pur,
1 fois le pneumo-bacille pur,

Dans 3 cas de broncho-pneumonie et de tuberculose concomitante :

1 fois le streptocoque pur,
1 fois le streptoc. et le pneumocoque,
1 fois le streptoc. et le pneumobacille.

Ces organismes se sont montrés nettement limités aux foyers inflammatoires, qu'on ne pouvait confondre avec les foyers caséeux où le bacille de Koch pouvait être mis en évidence.

Dans la *diphthérie* sur trois cas :

1 fois le streptocoque pur,
1 fois le streptoc. associé au staphyl. blanc et doré,
1 fois le streptoc. associé au pneumocoque et au bacille diphtérique, dans ce cas les fausses membranes se poursuivaient jusqu'aux plus fines ramifications bronchiques.

Dans la *scarlatine*, un cas avec streptocoque, mais il y avait également une angine pseudo-membraneuse, et bien que Bourges et Wurtz aient montré que dans ces cas le bacille diphtérique ne joue le plus souvent aucun rôle, cependant l'examen de la gorge n'a pas été fait.

Une conclusion de la plus haute importance découle des faits et de ces nouvelles recherches : c'est que la broncho-pneumonie est une maladie contagieuse, épidémique et endé-

mique, dans les hôpitaux d'enfants et *principalement dans les salles dites d'isolement où l'on installe les rougeoleux et les diphtériques.*

L'isolement, tel qu'il est pratiqué aujourd'hui, favorise par conséquent la propagation de la broncho-pneumonie et en aggrave le pronostic, en même temps qu'elle expose les malades à prendre ce qu'ils n'ont pas.

L'isolement doit donc être modifié, et tout malade atteint de broncho-pneumonie doit être soigneusement mis à part. On devra pratiquer l'antisepsie rigoureuse des salles d'isolement, des objets qui auront été en contact avec le malade et du malade lui-même.

(*A suivre.*) H. BARBIER.

BULLETIN

MÉTHODE DE TRANSFORMATION PROMPTE DES PRODUITS TUBERCULEUX DES ARTICULATIONS ET DE CERTAINES AUTRES PARTIES DU CORPS HUMAIN.

— C'est au milieu des applaudissements des membres de l'Académie de médecine, que M. le professeur Lannelongue a terminé hier mardi sa communication dont il avait donné un aperçu la veille à l'Académie des sciences. Sa nouvelle méthode de transformation prompte des produits tuberculeux des articulations et de certaines autres parties du corps humain marque un grand pas en avant dans la thérapeutique rationnelle de la tuberculose : elle a pour base un nouveau mode d'intervention sur les produits tuberculeux.

Dans la thérapeutique des maladies infectieuses, en effet, on peut avoir pour but, par exemple, de détruire l'agent infectieux soit en agissant directement sur lui, au moyen d'agents antiseptiques, soit en modifiant les conditions de lutte de l'organisme qu'on essaie de rendre plus ou moins réfractaire par des procédés de vaccinations divers.

Ou bien on peut agir sur les productions morbides elles-mêmes, soit en les détruisant sur place, soit en provoquant une transformation favorable de celles-ci, telle qu'on l'observe dans les cas où la guérison spontanée se fait.

La nouvelle méthode préconisée par M. Lannelongue a précisément pour but de provoquer la transformation fibreuse des produits tuberculeux, laquelle est, comme on sait un des modes de guérison spontanée de ceux-ci.

Sa *méthode sclérogène* repose sur l'emploi, en injections interstitielles, de chlorure de zinc à 1/10. Des expériences faites en commun avec M. Achard lui ont en effet révélé que les injections interstitielles de ce médicament chez les animaux, dans les tissus normaux, provoquaient une réaction inflammatoire intense ; le tissu voisin se remplit d'éléments embryonnaires qui forment des plaques indurées au centre desquelles les éléments cellulaires mortifiés par l'injection, dans la zone d'action de celle ci, disparaissent peu à peu. Les artères, au-delà même du foyer de l'injection, sont le siége d'une endartérite oblitérante, et peu à peu le tissu embryonnaire s'organise et se transforme en tissu fibreux.

Ces phénomènes peuvent s'observer non seulement dans le tissu cellulaire, dans les muscles, dans les os, etc... mais aussi dans le parenchyme pulmonaire. L'infiltration embryonnaire peut être suivie dans les cloisons interalvéolaires, s'arrêtant au niveau des bronches d'un certain calibre, dont les parois sont à peu près saines. Ces injections caustiques ont pu être faites impunément dans les poumons de chiens et de lapins avec des solutions à 1/20 et à 1/10.

Le résultat de ces injections caustiques interstitielles est donc au milieu de ce foyer de réaction inflammatoire, un noyau de nécrose qui reste indifférent, si son voisinage de la peau ou des cavités septiques ne l'expose pas à être envahi par les microbes de la septicémie.

L'action du chlorure de zinc sur les tissus tuberculeux n'a rien de spécifique, les examens de ganglions traités en ont fourni la preuve, mais le tissu périganglionnaire devient le siége d'une transformation scléreuse qui forme comme une coque circonscrivant les parties malades et pouvant, par cela-même, opposer une barrière suffisante aux progrès de l'infection.

Telles sont les données physiologiques qui ont servi de point de départ à l'application du traitement à la tuberculose locale. « Agir sur la zone des tissus la plus voisine des fongosités et des « néoplasmes tuberculeux, c'est-à-dire sur les parties qui con- « tiennent les vaisseaux alimentant les produits tuberculeux », tel est le principe de la méthode sclérogène.

L'application de cette méthode demande évidemment une technique spéciale pour chaque articulation. Nous ne pouvons y insister ici. L'important est de porter le médicament à la limite des fongosités et de l'y déposer par une série de piqûres successives. Grâce à la diffusibilité du médicament, ses effets s'en font sentir bien au-delà du point d'application. A chaque piqûre on dépose de 2 à 3 gouttes du caustique sur un point déterminé, et l'on arrive ainsi en une seule séance à déposer de 6 à 20 gouttes de la solution titrée dans une région articulaire.

M. Lannelongue évite d'injecter la solution dans les cavités articulaires ; il recommande de la faire dans les régions d'où les synoviales tirent leurs vaisseaux ; c'est-à-dire avant tout, sur les os, au niveau des culs-de-sac, puis le long des gros ligaments.

Dans tous les cas, on évitera de faire les injections immédiatement sous la peau, à cause de la possibilité d'eschares.

L'expérience a en effet montré que jamais celles-ci ne se montrent lorsqu'on a la précaution de faire des injections sous-aponévrotiques.

La solution au 1/10 lui a paru la solution de choix pour les fongosités articulaires ; elle convient pour les tuberculoses costales, iliaques etc... aussi bien que pour les adénites tuberculeuses.

M. Lannelongue a employé deux fois les solutions à 1/40 pour les injections dans le poumon, et il conseille les solutions à 1/20 pour l'épididyme et pour les doigts affectés de spina ventosa.

Quels ont été les résultats fournis par l'application de cette méthode ?

Elle a été appliquée et suivie en particulier chez 20 malades.

— Onze de ces cas comprennent des *tuberculoses non suppurées et non ouvertes*. Or, dans tous, la sclérose des fongosités ou des produits tuberculeux a été promptement obtenue. Plusieurs d'entre eux ont permis d'observer le retour, et de l'intégrité de la fonction, et de la forme même de l'articulation. Dans deux cas d'adénite, les ganglions ont diminué des 3/4 et ont été trouvés adhérents aux tissus voisins.

— Sept autres cas concernent des *tuberculoses suppurées et non ouvertes*. Le résultat est aussi satisfaisant. Un point à noter à ce propos, c'est que le traitement, appliqué aux adénites, permet de révéler la présence ou non de foyers caséeux dans les ganglions. Dans ce cas il se développe à sa suite un abcès. Au contraire, lorsqu'on se trouve en présence de ganglions tuberculeux simplement hypertrophiés, sans foyers caséeux,

les injections amènent seulement une diminution de volume avec adhérences aux parties voisines.

— Deux cas enfin concernent les *tuberculoses suppurées et ouvertes*. Dans ces circonstances la méthode produit deux effets : un premier, de sclérose, sur les tissus mous moins altérés, les fongosités; et un second qui est de provoquer autour des tissus caséeux et ramollis qui sont dans les cavernes ou autour des séquestres, une inflammation qui n'existait pas auparavant et qui aboutit à un abcès.

On a donc entre les mains non pas un moyen d'action qui supprime, en le rendant superflu, l'acte opératoire, mais un procédé qui permet au chirurgien de circonscrire son intervention en connaissance de cause. Les opérations d'extraction de séquestre, de résection, d'ouverture d'abcès, ne sont point rendues inutiles, mais elles ne sont plus considérées que comme complémentaires du traitement. On ne les pratique qu'après la sclérose des parties molles, et dans des conditions particulièrement avantageuses, puisque, entre autres, on supprime les chances d'infection dans le cours de l'acte opératoire, la constitution du nouveau tissu diminuant les ressources possibles de celle-là.

Au milieu du tissu de sclérose il est probable que le bacille meurt et disparaît. Ce fait n'a pu être, il est vrai, constaté qu'une seule fois sur une plaque tuberculeuse extirpée; et de nouvelles recherches expérimentales ou cliniques permettront d'être fixé sur ce point d'une façon définitive.

A la suite de son importante communication, M. Lannelongue a présenté plusieurs malades traités par son procédé, et les membres de l'Académie ont pu constater les guérisons obtenues en comparant l'état actuel des articulations avec des moules qui en avaient été faits avant que le traitement ne fût commencé.

H. B.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Présidence de M. Brouardel.

M. Henri Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, rend compte de la situation sanitaire à l'intérieur.

— Une épidémie de diphtérie s'est déclarée dans la commune de Ferrassières (Drôme), qui compte 312 habitants. Le préfet a immédiatement fait exécuter les instructions du Comité consultatif d'hygiène. Le mal paraît enrayé.

— Dans les Basses-Alpes, à Entrages, quelques décès par variole. Il y a en plusieurs cas de variole bénigne dans une autre commune. Une famille composée du père, de la mère, et d'une fillette âgée de onze ans, prend peur, et au lieu de se faire vacciner, se rend à Entrages, chez des parents. Au bout de cinq ou six jours, la variole se manifeste chez la petite fille qui meurt. Deux de ses oncles, l'un âgé de dix-sept ans, et l'autre de trente, prennent le mal et meurent. La fillette et le jeune homme de dix-sept ans n'avaient pas été vaccinés; l'homme de trente ans l'avait été dans son enfance, mais n'avait pas été revacciné. Le médecin des épidémies a procédé à la désinfection de la maison. Le médecin cantonal avait déjà pratiqué des vaccinations et des revaccinations générales.

Il n'y a pas eu de nouveau cas.

— Une épidémie de typhus est signalée à l'île Tudy, qui est située au sud du département du Finistère, à peu près à l'embouchure de l'Odet, qui est la rivière de Quimper. Sur l'avis du Comité de direction des services sanitaires, M. le Dr Thoinot est parti pour l'île Tudy, avec la mission d'aider les autorités locales à combattre l'épidémie. A la demande de M. le ministre de l'intérieur, M. le ministre de la guerre a invité le général commandant le 2e corps d'armée à se concerter avec M. le préfet du Finistère pour assurer l'application des mesures prophylactiques et, en cas de besoin, à mettre à sa disposition une étuve à désinfection avec son pulvérisateur, des tentes et des baraques et un détachement d'infirmiers militaires.

— M. Proust, inspecteur général des services sanitaires, fait la communication suivante :

Le 3 juillet, on a constaté officiellement à Alep trois cas de choléra, dont deux mortels; à Antioche, un cas foudroyant.

Le Conseil sanitaire d'Alexandrie a décidé d'appliquer le règlement contre le choléra aux provenances du golfe d'Alexandrette.

Dans l'Extrême-Orient, le choléra continue à se montrer à Calcutta. A la date du 20 mai, le *Medical Board* avait enregistré pendant la dernière semaine cinquante décès cholériques.

Aucun nouveau cas de choléra n'a été signalé à Camaran depuis le 19 mai, et tous les bruits relatifs à l'apparition du choléra en Egypte sont dénués de fondement.

— A Rio-Janeiro, la santé publique est toujours mauvaise. On y constate chaque jour des cas de fièvre jaune.

A Santos, l'autorité locale délivre des patentes mentionnant que la santé publique dans la ville et ses environs est douteuse et qu'il y a quelques cas de fièvre jaune.

— M. le Dr Proust lit ensuite un rapport sur l'épidémie de choléra en Mésopotamie, en Perse et en Syrie pendant les années 1889 et 1890.

La médecine expérimentale et les vivisections en Angleterre.

Le peuple anglais est essentiellement pratique et va généralement droit au but, lorsqu'il s'agit d'obtenir un résultat nettement déterminé.

Telle est la règle générale, mais en voici une exception, due à un sentimentalisme exagéré.

On sait qu'à la suite de longues discussions et malgré les efforts des plus illustres savants anglais, le Parlement a donné force de loi au « Vivisection Act », lequel sous prétexte d'épargner les animaux paralyse en Angleterre, la physiologie et la médecine expérimentale.

Paris possède l'Institut Pasteur, Berlin, l'Institut Koch, Londres voudrait ne pas rester en arrière. Le Gouvernement anglais se refusant à rien faire, il s'est constitué une association privée « The British Institut of Preventive Medecine », afin de faciliter les recherches bactériologiques dans la Grande-Bretagne. Cette Société réclame pour sa constitution l'autorisation administrative, nécessaire à son existence légale, mais elle se bute contre le mauvais vouloir de l'administration.

Une députation composé de 150 membres, comprenant les noms les plus considérables de l'aristocratie et de la médecine, de la chirurgie, de la physiologie et de l'art vétérinaire, s'est présentée devant sir Michael Hicks-Beach, ministre du commerce; la parole a été prise successivement par sir Henry Roscoe et sir Lyon Plaifair, docteur en médecine, membres du parlement, par Joseph Leiter, par le professeur Lankester, professeur à Oxford, etc.

Le Dr Ruffer, secrétaire de l'Association, a lu des lettres d'adhésion des professeurs Huxley et Tyndall, empêchés par leur santé.

Le Dr Tyndall raconte dans sa lettre que se rendant l'été dernier en Suisse, il avisa sur le steamer entre Douvre et Ca-

lais, un pauvre petit garçon, triste et solitaire, et lui demanda où il allait ; l'enfant répondit qu'ayant été mordu par un chien enragé, il était envoyé à Paris pour être traité à l'Institut Pasteur. Comment se fait-il, ajoute le professeur Tyndall qu'un petit Anglais soit obligé de rester des heures et des jours sous l'influence du virus rabique jusqu'à ce qu'il ait atteint un pays étranger, au lieu de trouver des soins dans sa patrie?

A toutes ces objurgations, sir Michael Hicks-Beach répondit en lisant une réponse préparée d'avance alléguant qu'il ne pouvait pas donner l'existence légale à une association de médecine expérimentale sans l'assentiment de son collègue le ministre de l'Intérieur et autres raisons de non recevoir, prouvant qu'au fond il était opposé à toute expérimentation sur les animaux et trouvait tout naturel d'entraver les mouvements scientifiques.

Le « British medical Journal » espère qu'un jour prochain viendra où la science pourra vaincre cette « obstruction officielle ».

D^r DE VALCOURT (de Cannes).

— La dernière réunion de la **Commission de l'exercice** de la médecine a été consacrée à l'audition des diverses sociétés des dentistes. Elle a entendu les revendications de l'Ecole dentaire et d'un groupe très considérable de dentistes qui demandent que le brevet soit remplacé par un diplôme de dentiste, passé devant un jury d'Etat. M. David, député, ancien directeur de l'Ecole dentaire, accompagnait ce groupe pour soutenir ses revendications. Puis on a entendu les partisans de la liberté absolue de l'art dentaire, qui représentent environ 250 dentistes, ennemis de toute réglementation. Enfin MM. Galippe et Magitot, entendus isolément au nom des docteurs dentistes, désirent que l'officiat de santé soit maintenu, et que les dentistes, à l'avenir, soient pourvus du diplôme de docteur ou de celui d'officier de santé. La Commission a consacré environ trois heures à ces auditions et n'a pas pris de résolution.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

CONCOURS DES CLINICATS. — Sont nommés :

1° Chef de clinique obstétricale : M. Varnier ;

2° Chef de clinique des maladies mentales : M. Pactect ; chef adjoint : M. Sollier.

— Le concours du prosectorat vient de se terminer par la nomination de :

MM. Jornnesco et Chevalier, comme prosecteurs titulaires ; Mauclaire et Nogués, comme prosecteurs provisoires.

Facultés et écoles des départements.

Faculté de médecine de Lyon. — Par arrêtés du ministre de l'instruction publique, sont déclarées vacantes :

1° La chaire de chimie médicale et pharmaceutique ;

2° La chaire de matière médicale.

Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats à chacune desdites chaires pour produire leurs titres.

— *Ecole de médecine de Nantes.* — M. Burean est institué chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Bellouard.

— *Ecole de médecine de Grenoble.* — Un concours s'ouvrira, le 22 décembre 1891, devant la Faculté de médecine de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Grenoble.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— *Ecole de médecine d'Amiens.* — M. Lefrane est nommé chef de laboratoire de physiologie, d'histologie et de bactériologie (emploi nouvean).

Hopitaux de Paris.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL (MÉDECINE). — Le concours pour deux places de médecins du bureau central s'est terminé par la nomination de MM. Oettinger et Legendre.

— CONCOURS POUR LA NOMINATION A LA PLACE DE CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE BERCK-SUR-MER. — Un concours spécial pour la nomination à la place de chirurgien de l'hôpital de Berck sera ouvert dans la deuxième quinzaine du mois d'octobre prochain.

Les conditions d'admission et le programme de ce concours sont fixés ainsi qu'il suit :

Conditions d'admission. — Les candidats doivent, en outre de la qualité de Français, justifier de 5 années de doctorat, à l'exception toutefois des anciens internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux et hospices de Paris, ayant accompli 4 années entières d'exercice qui peuvent concourir après 1 année de doctorat.

Composition du jury. — Le jury comprend 5 chirurgiens et 2 médecins, en tout 7 membres, qui sont pris parmi les chirurgiens et les médecins des hôpitaux, en exercice ou honoraires ; l'un des deux médecins à désigner est tiré au sort parmi les médecins des hôpitaux d'enfants.

Nomenclature des épreuves. — Les épreuves du concours sont réglées ainsi qu'il suit :

Epreuves d'admissibilité. — 1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie, pour la rédaction de laquelle il est accordé deux heures ;

2° Une épreuve clinique sur un malade atteint d'une affection chirurgicale. Il est accordé à chaque candidat dix minutes pour l'examen du malade et quinze minutes pour développer oralement devant le jury son opinion sur ce malade, après quinze minutes de réflexion.

Epreuves définitives. — 1° Une épreuve clinique sur deux enfants atteints d'affection chirurgicale. Il est accordé à chaque candidat, pour l'examen de ces malades, vingt minutes, dont il pourra disposer à son gré, et trente minutes pour la dissertation orale devant le jury, après dix minutes de réflexion ;

2° Une épreuve de médecine opératoire, consistant en deux opérations sur le cadavre.

Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves sera fixé comme il est dit ci-après :

Epreuves d'admissibilité. — Pour la composition écrite. 30 points

Pour l'épreuve clinique sur un malade............ 20 points

Epreuves définitives. — Pour l'épreuve clinique sur deux malades.................................... 30 points

Pour les deux opérations sur le cadavre.......... 30 points

Corps de santé militaire.

MUTATION. — M. Choné, médecin-major de 2e classe au 7e régiment de dragons, a été désigné pour le 48e d'infanterie.

NOMINATIONS. — Ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. Utz, Bouchardat et Pineau.

Au grade de pharmacien principal de 1re classe. — M. Parant.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — Les médecins-majors de 2e classe de l'armée active démissionnaires MM. Pascal, Augiéras, Brandt de Bournonville, Lagrange et Dève.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. Berger et Jossot.

Corps de santé de la marine.

Ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin principal. — Les médecins de 1re classe : 1er tour (ancienneté), M. Rémond ; 2e tour (choix), M. Ambiel.

Au grade de médecin de 1re classe. — Les médecins de 2e classe :

3e tour (choix), M. Martine; 1er tour (ancienneté), M. Rousseau; 2e tour (ancienneté), M. Le Méhauté.

Corps de santé des colonies.

NOMINATIONS. — Ont été nommés dans le corps de santé des colonies :

Au grade de médecin de 2e classe. — MM. Mas et Aunac, médecins auxiliaires de 2e classe.

Ont été nommés dans le corps de santé des colonies avec leur ancien grade et pour prendre rang à la date de leur brevet :

Au grade de médecin de 1re classe. — MM. Dupouy, 12 octobre 1883; et Preux, 12 décembre 1888.

Au grade de médecin de 2e classe. — MM. Loussot, 29 mars 1888; Brossier, 29 avril 1888; Grall, 11 août 1888; Vasticar, 9 mars 1890; et Cureau, 5 mars 1891.

— M. le Dr Stapfer (de Paris) est chargé d'une mission en Suède, à l'effet d'y étudier les méthodes employées dans le traitement des maladies obstétricales.

M. le Dr Ranson, médecin de la marine, est chargé d'une mission au Sénégal et dans le Haut-Fleuve, en vue d'y effectuer des recherches d'histoire naturelle.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Fête nationale du 14 juillet.* — A l'occasion de la Fête nationale du 14 juillet, la Compagnie de Paris-Lyon-Méditerranée organisera pour Paris des trains de plaisir à prix très réduits, composés de voitures de 2e et 3e classe, permettant de passer plusieurs jours à Paris.

Ces trains, qui desserviront toutes les gares du réseau, partiront et reviendront aux dates ci-après :

Valence : départ, le 8 juillet; retour, le 18. — Genève : départ, le 8 juillet; retour, le 17. — Dijon : départ, le 9 juillet; retour le 16. Cette : départ, le 9 juillet; retour, le 19. — Clermont-Ferrand : départ, le 9 juillet; retour, le 18. — Marseille : départ, le 10 juillet; retour, le 20. — Besançon : départ, le 10 juillet; retour, le 18. — Saint-Etienne : départ, le 10 juillet; retour, le 19. — Lyon : départ, le 11 juillet; retour, le 20. — Nevers : départ, le 11 juillet; retour, le 17.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 28 JUIN AU 4 JUILLET 1891.

Fièvre typhoïde, 6. — Variole, 0. — Rougeole, 32. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 7. — Diphtérie, croup, 11. — Choléra, 0. — Phthisie pulmonaire, 175. — Autres tuberculoses, 37. — Tumeurs cancéreuses et autres, 42. — Méningite, 29. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 38 — Paralysie, 10. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 46. — Bronchite aiguë et chronique, 33. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 59. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 88. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3 — Autres affections puerpérales, 5. — Débilité congénitale, 17. — Sénilité, 31. — Suicides et autres morts violentes, 36. — Autres causes de mort, 152. — Causes inconnues, 11. — Total 953.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,

J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

CLINIQUE MÉDICALE

SUR L'ANGINE DIPHTÉROIDE DE LA SYPHILIS SECONDAIRE. — TROIS OBSERVATIONS,

par Albert Robin et Deguéret.

Nous venons, dans un laps de temps assez court, d'observer trois cas d'une variété de syphilides gutturales sur laquelle l'attention a déjà été attirée à plusieurs reprises dans ces dernières années. Il s'agit de syphilides de la gorge à forme diphtéroïde.

Mais cette variété de plaques muqueuses a toujours été considérée comme exceptionnelle, et n'occupe certainement pas dans les descriptions la place à laquelle elle a droit. Elle est à peine mentionnée dans la plupart des traités classiques et toujours citée comme une modalité rare et une curiosité pathologique.

Sans exagérer son importance, nous estimons qu'elle a droit de cité dans les traités de syphiligraphie et qu'elle mérite d'y figurer avec une appellation spéciale au même titre que les manifestations de la période secondaire. Et de même, que l'on décrit les variétés érythémateuse, papuleuse, acnéiforme, etc. à la surface de la peau; variétés papuleuse, érosive, opaline, ulcéreuse sur les muqueuses; de même, on devrait fixer l'attention sur la forme diphtéroïde et lui consacrer un chapitre.

Cette étude ne présente pas un intérêt purement théorique et spéculatif, elle a une importance spéciale et considérable, puisque la lésion dont il s'agit provoque une réaction locale et générale qu'on observe très exceptionnellement dans les autres variétés de plaques muqueuses de la gorge. Elle revêt même assez souvent les allures d'une angine diphtéritique et peut dans ces cas donner le change et conduire à de grosses erreurs d'interprétation.

Notre but n'est pas de faire un tableau complet des symptômes de cette affection. Nous dirons en temps et lieu où s'en trouvent les meilleures descriptions. Nous apportons seulement quelques matériaux destinés à préciser les conditions dans lesquelles apparaît cette angine, les caractères qu'elle revêt, et la façon dont elle évolue.

M. Fournier a décrit des plaques muqueuses recouvertes d'un enduit pseudo-membraneux à la vulve.

M. Mauriac considère la production couenneuse comme une sécrétion pultacée, surajoutée aux plaques muqueuses de l'isthme du gosier. C'est pour lui le stade ultime de l'irritation provoquée sur la muqueuse gutturale par des plaques ordinaires, érosives ou papuleuses. Il n'attribue pas aux plaques d'aspect diphtéritique une individualité propre, un cachet et des caractères spéciaux dès leur apparition.

MM. Balzer et Barthélemy (dans le Dict. de méd. et chir. pratiques, art. Syphilis), relatent une très belle observation de syphilides gutturales simulant de tous points pendant plusieurs jours une angine diphtéritique.

Dans ses Leçons de clinique et thérapeutique médicales, M. Albert Robin a publié une observation où par l'ensemble des symptômes, troubles fonctionnels, caractères objectifs et phénomènes généraux, l'angine syphilitique en imposa pendant vingt-quatre heures pour une angine diphtéritique. Un examen minutieux et la constatation de syphilides cutanées, purent seules trancher le diagnostic.

Même impuissance de la part de l'anatomie pathologique à établir des différences entre les fausses membranes syphilitique et diphtéritique, ainsi que l'a montré M. Cornil. Toutefois l'examen bactériologique permettrait actuellement d'établir la nature diphtéritique ou non de ces fausses membranes.

Un travail d'ensemble a été fait sur le sujet par M. Hauttement dans sa thèse inaugurale 1888. Cet auteur a décrit, avec une certaine exactitude, les caractères objectifs des plaques amygdaliennes à forme diphtéroïde. Selon lui, l'affection présentait toujours une marche chronique; dans le cas de M. Albert Robin l'acuité et l'évolution rapide des symptômes n'étaient qu'apparentes; M. A. Robin n'aurait assisté qu'à la période ultime d'une éruption de plaques muqueuses diphtéroïdes dont le début remontait vraisemblablement à une date assez reculée. Pour appuyer son opinion, M. Hauttement cite deux cas remarquables par leur lenteur et par plusieurs récidives. Or, dans l'une au moins de nos observations nous avons assisté à l'éclosion des accidents et à l'évolution de l'angine ; la guérison a été rapide. Il était utile d'insister là-dessus, car il est aisé de saisir que plus le début sera brusque, plus la marche sera aiguë, plus aussi l'interprétation deviendra délicate et le diagnostic épineux. (Rappelons de suite les deux cas de M. A. Robin et de MM. Balzer et Barthélemy où le diagnostic fut erroné dans le premier et resta en suspens dans le second.)

Nous arrivons à nos propres observations. L'on y verra que si l'état local a peu varié, si l'aspect des plaques a été à peu près le même dans les trois cas à la période d'état, il n'en a pas été ainsi des phénomènes généraux concomitants et de la marche des lésions qui ont, au contraire, présenté des différences notables chez les trois sujets.

Observation I. — La nommée Louise G..., 18 ans, mécanicienne, entre à la Pitié, le 23 février 1891, salle Grisolle n° 30.

Cette femme, très puissante, rousse, obèse et lymphatique, se présente avec une éruption généralisée dont elle a vu apparaître les premiers éléments il y a environ quinze jours. Elle éprouve des démangeaisons la nuit.

A première vue, on est frappé du polymorphisme des lésions. Il existe un assemblage complexe d'excoriations de grattage, de papules et vésico-pustules.

Les démangeaisons, le polymorphisme, la prédominance des lésions aux commissures des doigts et des orteils, aux seins, enfin la constatation de quelques sillons imposent le diagnostic de gale.

A côté de l'éruption de gale et en partie greffées sur elle, il existe une roséole syphilitique et des papules disséminées à la surface du tronc et des cuisses. Les lésions de l'acare ont été modifiées sur ce terrain syphilitique; les excoriations ont une teinte rouge cuivrée typique; les vésico-pustules sont entourées d'une auréole de même coloration. Enfin, on constate des plaques muqueuses papulo-hypertrophiques au pli interfessier et à la marge de l'anus. Plaques papulo-érosives à la vulve et à la gorge. Pléiade ganglionnaire bi-inguinale. Ganglions à la nuque.

Impossible de découvrir le siège et de préciser la date d'apparition de l'accident primitif.

Traitement : 1° Contre la gale. Pommade au naphtol.

2° Cautérisation des plaques muqueuses avec une solution de nitrate d'argent. Pilules de sublimé.

Le 3 mars. La plupart des éléments de l'éruption de gale ont disparu; les autres sont en bonne voie d'amélioration.

Le 10. Plaques muqueuses très atténuées.

Le 11. Douleur vive en arrière de la région parotidienne droite, à la partie supérieure du sterno-cléido-mastoïdien. Empâtement à ce niveau. Adénite profonde. Rougeur à la gorge. T. 38°.

Application d'onguent napolitain belladoné.

Le 13. Douleur et empâtement moindres. T. 38°.

Le 14. Céphalée intense. Mal de gorge violent. T. 39°,5.

Examen de la gorge : Tuméfaction des amygdales et de la luette. Rougeur vive de la paroi postérieure du pharynx. L'amydale droite est entièrement recouverte d'une membrane blanchâtre, adhérente et cohérente simulant de tous points une fausse membrane diphtéritique. Enduit blanchâtre tapissant la moitié droite de la luette. Sur l'amygdale gauche, enduit très mince, opalin, simulant une fausse membrane jeune.

Badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent. Gargarisme avec 30 gr. de borate de soude et 0,20 centigr. de naphtol par litre.

Le 15. T. m., 38°,2 ; T. s., 37°,8.

Amygdales en partie détergées. Légère exulcération au-dessous des fausses membranes.

Le 16. T. 37°,5. L'enduit diphthéroïde a disparu. Persistance d'une rougeur diffuse de la gorge; érosions superficielles en certains points.

Le 18. Tendance continue à l'amélioration. La guérison de l'affection diphtéroïde peut être considérée comme parfaite; les plaques muqueuses de la gorge ont repris leurs caractères habituels; la muqueuse n'a pas encore recouvré son aspect lisse, sa surface est légèrement érodée, mamelonnée au niveau de la luette et de l'amygdale droite.

Observation II. Marie A..., 36 ans, journalière. Entrée le 14 mars 1891, salle Grisolle, n° 46.

Soignée à Saint-Louis, il y a deux ans, par M. Hallopeau pour une roséole syphilitique. Traitée aux pilules de protoiodure et au sirop de Gibert.

Cette femme entre pour un mal de gorge datant de quinze jours. Douleur et gêne de la déglutition. Pas de fièvre. Sur la face on constate une éruption papuleuse à teinte jambonnée assez confluente, caractéristique. A la surface du corps, deux ou trois papules cuivrées sur les épaules.

Examen de la gorge. Inflammation intense. Rougeur très vive. Amygdales, piliers et luette tapissés d'une membrane blanchâtre formant une nappe continue. Bords festonnés, très nettement dessinés. Liseré rouge circonscrivant les plaques couenneuses. Adhérence très intime des fausses membranes.

La paroi postérieure du pharynx est recouverte en totalité d'un exsudat blanc grisâtre.

Toutes ces parties sont, du reste, sales et souillées par des débris de tabac à priser.

Pas d'adénite, pas d'empâtement autour de la gorge. Pas d'état fébrile.

Traitement : Pilules de sublimé. Cautérisation au nitrate d'argent. Gargarisme antiseptique (borate de soude et naphtol).

Le 19 mars. Amélioration assez peu marquée. La détersion des parties est loin d'être achevée.

Le 26. Les syphilides papuleuses de la face persistent. Sur l'amygdale et le pilier droits quelques débris pseudo-membraneux. Mucosités grisâtres et très visqueuses à la surface de la paroi postérieure du pharynx.

A la place des anciennes plaques diphtéroïdes, la muqueuse offre une surface inégale, tomenteuse, déchiquetée.

Le 31. Eruption de la face et angine totalement guéries.

La muqueuse gutturale est encore légèrement excoriée en certains points. Mais ce retour à l'état normal est une question de quelques jours.

2 avril. Exeat.

Observation III. Léonie P... 19 ans, couturière. Entrée le 19 décembre 1890, salle Grisolle, n° 2.

Nous n'avons pas assisté au début des accidents syphilitiques de cette malade.

Elle nous raconte qu'entrée à l'hôpital pour chloro-anémie, elle vit apparaître quelques jours après son admission une éruption papuleuse généralisée. On administra de suite le traitement anti syphilitique.

Quelques semaines plus tard elle se plaignit d'un mal de gorge. Dès lors on lui fit des badigeonnages avec une solution de nitrate d'argent.

A la fin de février on lui cautérisait encore ses plaques muqueuses bucco-pharyngées. On n'obtenait pas d'amélioration notable.

Le 2 mars. Elle se plaignit d'une douleur vive et d'une difficulté de la déglutition.

Il s'était fait une poussée de plaques muqueuses diphtéroïdes à la surface des amygdales et des piliers. Les fausses membranes avaient une forme circulaire et étaient entourées d'un liseré très rouge. On en comptait 4 ou 5 indépendantes les unes des autres, ou à peine réunies par de légers tractus de l'exsudat couenneux. L'adhérence était intime.

On prescrivit des cautérisations au crayon de nitrate d'argent et un gargarisme antiseptique.

L'amélioration fut assez lente.

Quinze jours après le début du traitement, tout enduit pseudo-membraneux avait disparu, et l'on ne constatait que des plaques muqueuses exulcérées banales de la gorge.

L'étude de ces trois observations prête à quelques considérations.

Dans l'observation première on connaissait le passé morbide de la malade. On savait qu'elle était sous l'influence d'une syphilis récente. Aussi n'a-t-on pas hésité à porter d'emblée le diagnostic de plaques muqueuses diphtéroïdes. Mais si l'on suppose un instant que l'angine ait été chez cette femme la première manifestation apparente de la vérole, ou bien que le médecin appelé auprès d'elle n'ait pas été prévenu de l'existence d'antécédents syphilitiques, il est légitime de

croire qu'en présence d'une pareille intensité des phénomènes angineux, du retentissement ganglionnaire, de l'état fébrile, l'embarras eût été grand pour le praticien. Peut-être cet ensemble symptomatique eût-il été interprété dans le sens d'une angine diphtérique, ainsi qu'il arriva dans l'observation publiée par l'un de nous, observation qui répond au cas idéal que nous supposons.

Dans notre deuxième observation les papules observées à la face avaient éveillé l'attention, et l'on était prévenu de l'existence de la syphilis avant de pratiquer l'examen de la gorge. Aussi fût-il possible de faire le diagnostic à première vue.

Du reste, le peu d'intensité des troubles fonctionnels, l'indolence, l'absence d'engorgement ganglionnaire et de phénomènes généraux, la date déjà éloignée du début, auraient suffi à écarter l'idée d'une diphtérie.

Il convient d'insister ici sur un point : c'est l'existence d'une fausse membrane d'apparence couenneuse, tapissant la paroi postérieure du pharynx. Dépouillons, en effet, toutes les observations publiées d'angine syphilitique diphtéroïde ; dans toutes, nous lisons invariablement que cette paroi était indemne. On en a conclu à juste titre, qu'un des meilleurs signes différentiels entre les fausses membranes de la syphilis et celles de la diphtérie provenait de leur localisation. Les premières sont toujours cantonnées à l'isthme du gosier et ne dépassent jamais en arrière les piliers postérieurs, au lieu que les autres envahissent à peu près indifféremment toutes les parties du pharynx. Ce signe est excellent et garde sa valeur ; il était bon de montrer cependant qu'il n'a rien d'absolu.

L'observation III ne nous paraît pas, au point de vue où nous nous plaçons, avoir le même intérêt que les autres. Ici, l'enduit couenneux est survenu en pleine période de traitement, dans un cas où les plaques muqueuses ont résisté longtemps à des attouchements réitérés avec le nitrate d'argent. Sous les fausses membranes, il y avait des ulcérations assez creuses, et après détersion, on aperçut une muqueuse à surface irrégulière, tomenteuse, labourée de syphilides. Dans ce cas, l'exsudat pseudo-membraneux est une complication survenue au cours d'une poussée de plaques muqueuses à la gorge. L'influence d'un traitement énergique et prolongé n'a peut-être pas été étrangère à l'apparition de cet exsudat.

Ce fait nous ramène à la conception de M. Manriac qui considère la fausse membrane comme le résultat d'une irritation très vive au niveau des plaques muqueuses. L'apparence diphtéritique est loin d'être aussi nette et aussi tranchée que dans la fausse membrane syphilitique décrite histologiquement par M. Cornil et constatée cliniquement dans les observations de MM. A. Robin, Balzer et Barthélemy, et dans notre observation I.

Enfin, nos observations nous permettent de compléter et modifier les données étiologiques exposées dans la thèse de M. Hauttement. Dans les cas recueillis par cet auteur, l'angine diphtéroïde a toujours été observée durant les sept premiers mois qui ont suivi l'apparition du chancre. Or, dans l'observation II, c'est au bout de deux ans qu'apparaît l'angine.

Il est intéressant de remarquer que nos trois cas ont été observés chez des femmes.

L'influence du froid, comme cause de l'angine couenneuse syphilitique, relevée par M. Hauttement, n'existe dans aucun de nos cas. Les malades des observations I et III étaient à l'hôpital et ne quittaient jamais les salles au moment de l'éclosion des accidents. La malade de l'observation II venue du dehors ne se souvient pas d'avoir pris froid.

En résumé : Dans toutes les observations, l'état local est insuffisant pour différencier l'angine syphilitique secondaire diphtéroïde de l'angine diphtéritique.

Dans aucun des cas observés, l'économie n'a réagi de façon à donner naissance à l'ensemble symptomatique qu'on observe habituellement au cours d'une angine diphtéritique d'intensité moyenne. On n'a jamais constaté d'albumine dans les urines.

Quand, pour des raisons diverses, on hésitera à mettre sur une angine couenneuse, l'étiquette diphtérie, il faudra songer à la possibilité d'une angine d'ordre syphilytique.

A ne tenir compte que de l'état local, le diagnostic différentiel serait, nous l'avons dit, le plus souvent impossible. Les anamnestiques, l'état général et l'évolution suffisent à établir le diagnostic dans l'immense majorité des cas.

La durée de l'affection est très variable. Elle oscille dans nos observations entre huit et quarante-cinq jours.

Avec une thérapeutique bien dirigée, on abrégera la durée des accidents. Le traitement doit être général et local, antisyphilitique général et antiseptique local.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

DE LA SCARLATINE CHEZ LA VACHE,

par M. J. Ashburton Thompson,
de Sidney (Nouvelle-Galle du Sud).

L'enquête de 1885, qui fit découvrir chez les vaches laitières une maladie ayant des relations causales avec la scarlatine de l'homme, fut rendue publique en 1886.

Cette publication produisit une vive émotion dans les milieux où l'on s'occupe beaucoup de l'étiologie médicale. Ceux qui y présentèrent des faits confirmatifs furent considérés comme des intrus, et cette nouvelle conquête de la science y fut accueillie avec des haussements d'épaules par les uns, et par les autres, avec des protestations véhémentes. Voici la raison de tout ce bruit. M. Power avait affirmé que chez les vaches une maladie, laquelle jusqu'alors était passée inaperçue on à laquelle on n'avait du moins attaché aucune importance, en possédait au contraire une considérable pour l'espèce humaine. Les vétérinaires s'offensèrent de cette affirmation. D'autre part, le Dr Klein avait trouvé un nouveau streptocoque sur les vaches malades de M. Power, et l'avait appelé « streptococcus scarlatinæ. » Ce qui mit fort en colère certains bactériologistes qui avaient longuement discouru sur le microorganisme de la scarlatine ou même qui l'avaient longtemps recherché sans succès.

Les vétérinaires surtout se distinguèrent par leur opposition. Ils admettaient bien que les vaches de Hendon fussent malades, et même que cette maladie était commune chez les animaux. Mais ils niaient hardiment qu'elle eût le moindre rapport avec la scarlatine de l'homme, et comme preuve de leurs assertions, ils soulignaient cette remarque que les garçons vachers ne prenaient pas plus que d'autres la scarlatine. Ils citaient particulièrement le témoignage d'un médecin, qui, depuis de longues années, avait abandonné la profession médicale pour s'occuper du commerce des laits. Ils voulaient ainsi démontrer que le lait des vaches de Hendon n'était point infecté ou du moins ne l'était pas pour cette raison.

Ils dressèrent donc une statistique de la santé publique de Hendon et insistèrent sur cette coïncidence d'ailleurs indiscutable, qu'il y avait déjà eu dans cet endroit quelques cas de scarlatine quand les observateurs en question vinrent incriminer le lait comme agent de dissémination. Le cas qu'ils

estimèrent comme le plus susceptible, à la rigueur d'être attribué au lait, fut observé, non point sur un employé de la ferme, ou sur un membre de la famille d'un employé, mais dans une maison qu'habitait un jeune garçon, bien portant luimême, qui venait se promener dans la vacherie les jours de vacances.

Mais la campagne de ces contradicteurs ne pouvaient longtemps être maintenue, car ceux-ci semblaient ignorer les arguments qui donnaient force à l'opinion de M. Power : coïncidence entre le commencement, l'arrêt et la reprise de l'usage du lait, avec l'apparition, la cessation et la recrudescence de l'épidémie de scarlatine parmi ceux qui buvaient ce lait.

Les bactériologistes ne s'élevèrent pas avec moins de force contre cette façon d'envisager les choses. Ils déclarèrent que le Dr Klein n'avait fait que retrouver, sans s'en douter, le streptococcus pyogènes, et l'avait rebaptisé du nom de streptococcus scarlatinæ. Le Dr Klein leur répliqua victorieusement; il leur démontra que sous le nom de streptocoque de la suppuration ils confondaient habituellement diverses espèces de streptocoques; il leur rappela qu'ils avaient persisté à appeler streptococcus pyogènes le streptococcus érysipelatosus de Fehleisen et de Rosenbach, bien que le streptococcus d'Ogston (auquel Rosenbach a donné le nom de pyogènes) puisse produire des abcès, sans amener d'érysipèle, tandis que le streptococcus érysipelatosus ne produit pas d'abcès. Ils avaient aussi désigné du même nom le streptocoque que M. Klein avait trouvé dans la maladie du mouton appelée « foot-and-mouth disease » bien qu'il eût décrit complètement les caractères spéciaux des cultures et qu'il eût démontré que seul cet organisme reproduit la maladie quand on l'inocule à des moutons. M. Klein mentionnait en même temps huit ou dix, espèces de streptocoques entre lesquelles on peut aisément faire des erreurs.

Cependant des envoyés du département de l'Agriculture furent désignés pour rechercher dans ce pays quelques faits nouveaux de la maladie de Hendon, si commune selon nos contradicteurs; mais ils avaient l'idée préconçue de ne la point trouver accompagnée de cas de scarlatine humaine; aussi ne la trouvèrent-ils pas, quand bien même les faits étaient évidents. Bien longtemps après, le Dr Klein fit remarquer qu'à Ersfield, les vaches soupçonnées de disséminer la scarlatine furent déclarées saines par les inspecteurs vétérinaires, alors même qu'il étudiait sur elles une éruption des mamelles qui s'était répandue à toute la vacherie. Il souligna le même parti pris à Kingston et à Camberwell, et ainsi de suite aussi souvent qu'il put faire des contre-enquêtes. Il ne faudrait point croire que le Dr Klein a seul constaté la maladie dans ces cas; bien au contraire, c'est par d'autres personnes que son attention a été attirée sur les faits, le plus souvent. Ce qu'il faut avouer, c'est que les vétérinaires n'avaient considéré dans les premiers temps, qu'une seule espèce d'éruptions mammaires chez la vache, jusqu'au moment où Jenner distingua d'entre elles les pustules vaccinales; après quoi ils reconnurent deux espèces d'éruptions, mais seulement deux, la vraie et la fausse variole vaccine.

A vrai dire Jenner avait déjà divisé les éruptions mammaires en deux catégories et les avait désignées sous les noms de vraie et de fausse variole. La première ne comprenait qu'une espèce d'éruption, l'éruption spécifique; il n'insistait sur la seconde que pour déclarer que la variole vaccinale n'y entrait pas. Cette distinction avait un double caractère pratique et théorique; pratique, en ce qu'elle reconnaissait formellement les caractères de la variole vaccinale et les jugeait suffisants pour la séparer des autres formes d'éruption; théorique, en ce qu'elle ne permettait plus désormais de comprendre toutes les éruptions mammaires sous le seul terme de cow-pox.

En mars 1890, le *Medical Officer* du bureau du gouvernement local, fit mention de la maladie de Hendon comme une maladie « que nous reconnaissons être la scarlatine chez la vache ». Sur quelles raisons s'appuyait-on pour affirmer si nettement une telle opinion? Ces raisons ont été recherchées et étudiées minutieusement pendant quatre ans et nous allons les résumer brièvement en quatre chapitres :

1° La maladie de Hendon avait une évolution spéciale; elle était inoculable de la vache au veau; le streptocoque trouvé dans la maladie spontanément, déclarée possédait constamment les mêmes caractères de culture; l'inoculation des cultures secondaires de ce microorganisme produisait tous les symptômes de la maladie première, sauf l'éruption mammaire, ainsi que tous les phénomènes que l'on constatait chez les veaux infectés spontanément ou chez ceux inoculés directement au moyen de virus pris sur les vaches primitivement malades; un microorganisme, possédant tous les caractères des cultures des premiers tubes, se retrouvait dans les tubes ensemencés avec le virus des veaux en expérience; ce microorganisme était identique à celui constaté dans le virus de la maladie de Hendon;

2° On a trouvé chez l'homme atteint de scarlatine, tant pendant la vie qu'après la mort, un organisme spécial; cet organisme possède au moins dix caractères à lui propres, de culture ou d'apparence, qui suffisent largement à le différencier de tout autre organisme connu, sauf de l'organisme de la maladie de Hendon. Les veaux inoculés au moyen des cultures secondaires tirées du microorganisme de la maladie de Hendon, ou en ayant ingéré une certaine quantité, n'ont présenté qu'une seule et identique évolution symptomatique, semblable à celle que l'on observait sur les vaches de Hendon, ou sur les veaux inoculés d'elles directement; l'organisme recueilli sur ces veaux était le même que celui inoculé chez les premiers veaux; cet organisme possédait bien les dix caractères déterminés antérieurement et se trouvait semblable à celui de la maladie spontanée;

3° L'éruption mammaire, qui seule manquait parmi les symptômes reconnus identiques entre les vaches frappées primitivement et les veaux inoculés, ne manquait chez ces derniers qu'en raison de leur âge moins avancé et de leur condition matérielle; quand les vaches qui venaient de véler récemment étaient inoculées au moyen de cultures dérivées des semences du microorganisme directement recueilli, ou bien au moyen du virus humain scarlatineux, toujours apparut une éruption mammaire, en même temps que les autres symptômes, dans l'épidémie de Hendon;

4° Les autres enquêtes sur les maladies des vaches accompagnées d'éruption mammaire ont démontré qu'il s'agissait là de maladies très diverses. Les enquêtes sont au nombre de cinq et ont été faites dans le Wiltshire, à Edimbourg, à Kingston, à Camberwell et à Alderley (Gloucestershire). Les expériences ont montré que la maladie du Wiltshire était probablement la même que celle de Kingston; que celle d'Edimbourg était d'une nature spéciale; que celle de Camberwell était la même que celle de Hendon; que celle d'Alderley était de la variole vaccinale; que ces quatre affections, caractérisées toutes par une éruption similaire des mamelles, étaient distinctes les unes des autres; et, en effet, tandis que celles de Kingston, Camberwell et Alderley conféraient l'immunité contre une récidive de chacune d'elles spécialement, celle de Kingston n'empêchait

point le développement ultérieur chez les mêmes vaches de l'épidémie de Camberwell, non plus que de celle d'Alderley.

Telles sont, en résumé, les conclusions de quatre années d'études et d'expériences sur ce sujet.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

COMMENTAIRE DE LA NOUVELLE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Projet discuté et adopté par la Chambre des députés, dans ses séances des 17 et 19 mars 1891. (Journal Officiel des 18 et 20 mars 1891).

par le Dr F. DE RANSE
et A. LÉCHOPIÉ, avocat à la Cour de Paris.

(*Suite*) (1).

ARTICLE 22.

Le délit d'exercice illégal de la médecine, de la chirurgie, de la pratique des accouchements ou de l'art dentaire, sera dénoncé aux tribunaux de police correctionnelle, à la diligence du procureur de la République.

Les médecins, dentistes, sages-femmes, les associations de médecins régulièrement constituées, intéressés à la poursuite, pourront la provoquer et se porter partie civile.

Voici le législateur qui, après avoir supprimé le doctorat en chirurgie et n'avoir parlé, dans l'article Ier, que de l'exercice de la médecine en France, en arrive encore à distinguer la chirurgie de la médecine, comme il l'avait déjà fait d'ailleurs une première fois dans l'article 19 (V. nos observations sur les articles 1, 13 et 19.) Il faut aussi remarquer qu'il distingue l'exercice illégal de la médecine, celui d'exercice illégal de la chirurgie, puis ceux d'exercice illégal de la pratique des accouchements et de l'art dentaire, après n'avoir fait allusion, dans l'article 21, qu'à un seul délit, celui d'exercice illégal de la médecine employé comme terme générique, ce qui était plus laconique et suffisant.

Compétence. — Le premier paragraphe de l'article 22 est superflu. Du moment que toutes les peines prononcées par la nouvelle loi sont supérieures à 15 francs d'amende, il est incontestable que c'est un délit qui, comme tous les délits, est du ressort de la police correctionnelle et se trouve susceptible d'être poursuivi à la requête du Parquet. Ce sont là les règles générales du droit pénal qu'il n'y avait pas à rappeler dans cette loi spéciale. Il en était différemment sous l'empire de la loi de ventôse où l'exercice illégal simple, c'est-à-dire sans usurpation de titre, étant punissable d'une amende inférieure à 16 francs, constituait une simple contravention. Pour que l'infraction pût être déférée à la Police correctionnelle, il avait donc fallu un texte formel et dérogatoire (art. 36 de la loi du 19 ventôse, an XI.) On s'est borné ici à copier, à peu près textuellement, la loi de ventôse, sans comprendre que la situation juridique était toute différente. C'est donc un paragraphe à supprimer. Les lois doivent être aussi brèves que possible, aussi doit-on éviter d'y faire figurer des dispositions inutiles et déplacées. Nous l'avons déjà dit, si l'on prenait la sage précaution de toujours s'assurer le concours de jurisconsultes spécialistes, pour la rédaction, on ne s'exposerait pas à toutes ces fâcheuses irrégularités.

Qui peut poursuivre l'exercice illégal de la médecine? — Les délits peuvent être déférés aux tribunaux, soit d'office à la requête des Parquets, soit par ceux-ci sur la plainte des parties lésées elles-mêmes. La jurisprudence avait toujours reconnu aux médecins le droit de poursuivre l'exercice illégal de la médecine et de demander des dommages-intérêts, soit en agissant individuellement, soit en se groupant, mais, en ce dernier cas, chacun d'eux devait figurer en nom dans la procédure et il avait été jugé qu'une association de médecins ne pouvait pas agir en cette qualité (Cour d'Aix, 13 mars 1861, D. 61, 2, 208; d'Amiens, 16 janvier 1863, D. 63, 5, 30.) La nouvelle loi accorde aujourd'hui ce droit, non seulement aux syndicats professionnels médicaux dorénavant autorisés sans conteste par l'article 18, mais encore à toutes les associations de médecins régulièrement constituées. La discussion qui a eu lieu à la Chambre ne paraît pas laisser de doute à cet égard. M. Isambard a, en effet, proposé, pour le faire rejeter, a-t-il dit, un amendement ne visant que les associations syndicales. « J'ai voulu, ajoutait M. Isambard, obtenir du gouvernement la déclaration que les associations qui ont le droit de poursuivre l'exercice illégal ne soient pas seulement les associations prévues par la présente loi, mais l'association générale des médecins de France et les associations qui s'y rattachent et qui rendent tant de services à la dignité de la profession médicale. » Le président de la Chambre ayant fait observer que le texte portait : « les associations régulièrement constituées », M. Isambard se déclara d'accord avec le gouvernement et retira son amendement (V. sur cette question : Léchopié et Floquet, *Code des médecins*, 1re édit., p. 101.).

Dans la pensée du législateur, le droit de poursuite, malgré les termes restrictifs employés par le § 2 de l'article 23, pourra être exercé non seulement par les associations de médecins, mais aussi par les associations de sages-femmes et de dentistes régulièrement constituées. La Commission du moins l'a formellement déclaré dans son rapport.

Rappelons qu'aux termes de la jurisprudence et de la doctrine actuelles, les médecins qui se plaignent de faits d'exercice illégal doivent habiter sinon la localité même où les faits ont eu lieu, du moins à une distance telle qu'un préjudice ait pu pu leur être réellement causé, ce que les tribunaux apprécient souverainement. Il ne paraît pas que la loi nouvelle vienne rien changer à ces règles.

Les médecins pourraient demander la réparation du préjudice qui leur est causé, non seulement en se portant parties civiles ou en assignant directement devant les tribunaux correctionnels, mais ils auraient également le droit de demander des dommages-intérêts devant les tribunaux civils, malgré les expressions, en apparence plus restrictives, du second paragraphe de l'article 22 qui ne prévoit que le cas où l'on se porte partie civile.

ARTICLE 23.

Quiconque exerce illégalement la médecine est puni d'une amende de 100 à 500 francs. En cas de récidive, l'amende sera de 500 à 1,000 francs. Le coupable peut, en outre, être puni d'un emprisonnement de quinze jours à six mois.

L'exercice illégal de l'art des accouchements ou de l'art dentaire est puni d'une amende de 50 à 100 francs et, en cas de récidive, de 100 à 500 francs. Un emprisonnement de six jours à un mois peut aussi être prononcé.

Exercice illégal simple. — On voit que les pénalités sont considérablement augmentées. L'amende de simple police de l'article 35 de la loi de ventôse, de 15 francs au maximum, est remplacée par une amende de 50 francs au minimum pour l'exercice de l'art des accouchements et de l'art dentaire, et par une amende de 100 francs au minimum pour l'exercice de la médecine. En cas de récidive, l'amende ne sera plus unifor-

(1) Voir les numéros 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25 et 27.

mément doublée, comme sous l'empire de la loi de ventôse, mais elle sera toujours augmentée, dans la mesure déterminée par l'article 23, avec maximum fixé. De plus, un emprisonnement *facultatif* de six jours à un mois, pour l'exercice de l'art des accouchements et de l'art dentaire, et de quinze jours à six mois, pour l'exercice de la médecine, pourra toujours être prononcé, peut-être même en l'absence de toute récidive, comme le ferait supposer la construction grammaticale du texte; tandis que, sous la loi de ventôse, il n'y avait jamais d'emprisonnement possible qu'au cas de récidive.

Ainsi disparaissent bien des difficultés auxquelles donnait lieu l'ancienne législation, et notamment les cinq systèmes qui s'étaient produits sur le point de savoir si le doublement de l'amende et l'emprisonnement prévus par le dernier paragraphe de l'article 36 de la loi de ventose, en cas de récidive, étaient applicables aussi; en principe, à l'exercice de la médecine sans usurpation de titre.

On peut du reste donner, à cette place, le texte de l'article 36 : « ... *L'amende pourra être portée jusqu'à* 1,000 *francs pour ceux qui prendraient le titre et exerceraient la profession de docteur;*

A 500 *francs pour ceux qui se qualifieraient d'officiers de santé et verraient des malades en cette qualité;*

A 100 *francs pour les femmes qui pratiqueraient illicitement l'art des accouchements;*

L'amende sera double en cas de récidive, et les délinquants pourront en outre être condamnés à un emprisonnement qui n'excédera pas six mois. »

ARTICLE 24

Si l'exercice illégal de la médecine est accompagné d'usurpation du titre de docteur ou d'officier de santé, l'amende sera de 1,000 à 2,000 fr.; en cas de récidive, elle sera de 2,000 à 3,000 fr. et le délinquant sera, en outre, passible d'un emprisonnement de trois mois à un an.

L'usurpation du titre de sage-femme ou de dentiste avec exercice illégal de la profession, sera punie d'une amende de 100 à 500 fr. En cas de récidive, l'amende sera de 500 à 1.000 fr., et en outre la peine de l'emprisonnement de six jours à quinze jours pourra être prononcée.

Exercice illégal avec usurpation de titre. — L'article précédent statue sur l'exercice illégal simple et celui-ci sur l'exercice illégal compliqué d'usurpation du titre de docteur, officier de santé, sage-femme ou dentiste. Sur ce point encore, les pénalités sont singulièrement plus sévères que celles édictées par l'article 36 de la loi de ventôse.

Tandis que les amendes édictées par cette loi étaient de 1.000 francs au maximum, pour l'usurpation du titre de docteur, de 500 francs pour l'usurpation du titre d'officier de santé, et de 100 fr. pour l'usurpation du titre de sage-femme, avec un minimum de 16 francs comme pour les amendes correctionnelles en général, la loi nouvelle fixe un minimum de 1.000 fr. et un maximum de 2.000 francs, pour l'usurpation du titre de docteur ou d'officier de santé sans distinction, un minimum de 100 francs et un maximum de 500 francs pour l'usurpation du titre de sage-femme ou de dentiste; et, s'il y a récidive, l'amende est portée, dans le premier cas à un minimum de 2.000 fr. et un maximum de 3.000 fr., dans le second cas à un minimum de 500 fr. et un maximum de 1.000 fr. En outre, l'emprisonnement facultatif de six mois au maximum, avec minimum de six jours comme en toute matière correctionnelle, prononcé par la loi de ventôse est, mais ici, (semble-t-il d'après la construction grammaticale du texte), pour le cas de récidive seulement, transformé en un emprisonnement de trois mois à un an, pour l'usurpation du titre de docteur ou d'officier de santé. et, de facultatif, il semble devenir obligatoire, car le premier paragraphe de l'article 24 se sert de ces expressions impératives : « SERA PASSIBLE ». Quant à ceux qui usurperont le titre de sage-femme ou de dentiste, l'emprisonnement, pour le cas de récidive, semblerait redevenir facultatif, le second paragraphe employant les mots : « POURRA ÊTRE PRONONCÉ ». En tous cas, cette fois, il descend à un maximum inférieur, à celui de la loi de ventôse, puisqu'il ne sera plus que de quinze jours. A ce propos, il importe de faire remarquer que la comparaison des deux articles 23 et 24 amène à constater que l'exercice illégal, avec usurpation du titre de sage femme ou de dentiste, sera moins sévèrement puni que l'exercice illégal simple. En effet, le second paragraphe de l'article 23 porte un emprisonnement de six jours à un mois, tandis que l'article 24 ne prononce, dans le cas de récidive avec usurpation de titre, qu'une peine de six à quinze jours.

On vient de voir par ce qui précède que, par rapport aux pénalités qui frappent l'exercice illégal simple, l'usurpation du titre de docteur ou officier de santé est plus rigoureusement punie que celle du titre de sage-femme ou de dentiste, toute proportion gardée, sans compter que l'emprisonnement, au cas de récidive d'usurpation de titre paraît obligatoire, pour la première espèce, et facultative seulement pour la seconde.

Nous avons dit, sous l'article 23, que la construction grammaticale du texte laissait supposer que l'emprisonnement facultatif était applicable à tous les cas d'exercice illégal simple avec ou sans récidive, et, par la même raison grammaticale, nous venons d'être amenés à admettre au contraire, que l'emprisonnement édicté, en matière d'usurpation de titre, ne paraissait s'appliquer qu'au cas de récidive. Il en faudrait conclure que l'usurpation de titre sans récidive sera toujours au moins punie de l'emprisonnement facultatif de l'article 23. Si l'on décidait, au contraire, que l'emprisonnement de l'article 23, malgré la construction grammaticale consistant surtout dans le mode de ponctuation, ne s'applique également qu'au cas de récidive, il y aurait lieu, alors, d'admettre que l'usurpation de titre sans récidive n'expose jamais qu'à l'amende.

Il faut dire que, sur ces divers points, nous n'avons trouvé aucune indication dans les travaux préparatoires que nous avons sous les yeux, sauf cependant dans le projet du comité consultatif d'hygiène qui n'édictait jamais l'emprisonnement que pour la récidive et facultativement seulement, mais quel compte a-t-on bien pu tenir de l'opinion du comité? Le Sénat devra s'appliquer à donner à cet égard des solutions claires et précises. On ne saurait, en effet, tolérer notamment, qu'au point de vue de la prison, ceux qui exerceraient illégalement l'art des accouchements ou l'art dentaire, eussent plus d'intérêt à usurper le titre qu'à s'en passer. Ce n'est évidemment pas ce qu'a voulu le législateur.

Quant à l'usurpation du titre de sage-femme de 1re classe, elle continue à n'être pas plus sévèrement réprimée que celle de sage-femme de 2e classe. N'est-ce pas une lacune regrettable, surtout si l'on songe à la différence d'instruction qui sépare les unes des autres? Du moment que l'on s'est lancé dans ce système compliqué, trop compliqué peut-être, de catégories et d'échelles de peines, il eût fallu, pour être logique, aller jusqu'au bout, et n'omettre aucun cas distinct. Le Comité consultatif d'hygiène, disons-le, était partisan de plus de simplicité, et proposait, plus prudemment peut-être, (s'agissant de matière pénale où la loi doit être de parfaite clarté), une seule peine pour l'exercice illégal simple, et une seule peine plus élevée pour l'exercice avec usurpation.

Enfin, faudra-t-il que, comme dans le système de la loi de

ventôse, l'usurpation du titre soit encore accompagnée de faits d'exercice? Les termes de l'article 24 le laisseraient à entendre clairement.

ARTICLE 25

Est considéré comme ayant usurpé le titre français de docteur en médecine quiconque fait précéder ou suivre son nom de la qualité de docteur en médecine sans en indiquer l'origine, à moins que ce titre ne lui ait été délivré par le gouvernement français.

Le projet primitif portait simplement : « quiconque a fait précéder ou suivre son nom de la qualité de docteur ». C'est seulement au cours de la discussion à la Chambre que cette dernière expression de docteur a été remplacée par celle de docteur en médecine, sur l'observation qui fut faite qu'il y avait des grades français parfaitement réguliers de docteur en droit, docteur ès lettres, docteur ès sciences, docteur en théologie dont les titulaires, en les employant, pourraient se trouver exposés à être poursuivis pour exercice illégal de la médecine avec usurpation de titre, si l'on maintenait la réduction primitive! Cette crainte n'était pas fondée, puisque l'on ajoutait : « à moins que ce titre ne lui ait été délivré par le gouvernement français. »

Ajoutons qu'à un autre point de vue cette modification ne paraît pas heureuse car, dans la pratique, on ne fait généralement pas précéder ou suivre son nom des expressions : « docteur en médecine ; » mais seulement du mot « docteur ». Or, avec le texte actuel modifié, que pourra-t-on dire à celui qui, muni d'un diplôme de docteur étranger, se qualifiera non de docteur en médecine, mais de docteur suivant l'usage courant? Rien sans doute. La malencontreuse modification!

On avait aussi proposé de punir spécialement l'usurpation du titre de professeur, ainsi que l'emploi de signes pouvant faire croire à la possession du titre de docteur. Dans la crainte de n'en plus finir et sans doute de tomber dans un véritable enfantillage, ces propositions furent simplement rejetées ou abandonnées par leurs auteurs eux-mêmes. La réglementation est, en effet, une excellente chose, mais à la condition de n'en pas abuser et de savoir se borner.

ARTICLE 26

Le docteur en médecine ou l'officier de santé qui n'aurait pas fait la déclaration prescrite par l'article 20, sera puni par une amende de 50 à 200 fr.

Déclaration des maladies épidémiques. — La loi nouvelle n'est pas tout bénéfice pour le corps médical et voici un délit nouveau à la charge de ceux qui exercent l'art de guérir. Ce n'est pas le seul. Il est à remarquer que cet article est moins rigoureux que l'article 13 de la loi du 3 mars 1822, relative à la police sanitaire qui, en matière de maladies pestilentielles, c'est-à-dire dans des cas analogues, prononce un emprisonnement de quinze jours à trois mois et une amende de 50 à 500 fr., contre quiconque ayant connaissance d'un symptôme de maladie de cette nature, aurait négligé d'en informer qui de droit, avec interdiction d'un an à cinq ans, si le coupable est médecin.

L'article 20, auquel renvoie celui qui nous occupe impose l'obligation de déclarer les maladies épidémiques non seulement aux docteurs et officiers de santé, mais encore aux sages-femmes. Il y a donc eu évidemment, ici, un oubli, et le projet du gouvernement, lui, visait également les sages-femmes. Toutefois, dans le silence de la loi, nous estimons que le juge ne saurait l'appliquer à des personnes qui ne figurent pas dans son énumération, car nous nous trouvons en matière pénale, où l'on ne peut condamner sans un texte formel. C'est également à reviser par le Sénat. De même cette formule inusitée : « sera puni par une amende; » on dit généralement : « sera puni d'une amende ».

ARTICLE 27.

Quiconque exerce la médecine, l'art des accouchements ou l'art dentaire sans avoir fait enregistrer son diplôme dans les délais et conditions fixés à l'article 14 de la présente loi, est puni d'une amende de 25 à 100 fr.

Enregistrement des titres. — Sous l'ancienne législation, l'article 35 de la loi de ventôse semblait frapper, par ses termes, ceux qui ne figuraient pas sur les listes dressées par l'autorité, du moins selon un certain système. La nouvelle disposition, si elle ne laisse point de doute sur la sanction pénale, est plus sage en ce sens qu'elle ne punit que le défaut d'enregistrement du titre qui seul dépend de la volonté de l'ayant droit, le dressé des listes étant le fait exclusif de l'autorité compétente.

Si le titre était enregistré après le délai d'un mois fixé par l'article 14, ou en dehors des conditions qu'il prescrit, c'est-à-dire (non le supposons du moins par les termes de notre article 27,) à la sous-préfecture ou au greffe qui ne seraient pas ceux du domicile choisi, ou bien encore à la sous-préfecture seulement et non au greffe et réciproquement, les praticiens s'exposeraient à l'amende. Il importe d'en faire l'observation car, dans le département de la Seine, comme nous l'avons vu sous l'article 14, il ne s'est pas fait d'enregistrement au greffe du tribunal civil du département, depuis 1831, pour les raisons qui ont été alors indiquées. Il y a là un danger auquel il conviendrait que l'autorité remédiât.

L'article 27 parle de l'enregistrement du diplôme. Il eût été plus correct, à cause du brevet de dentiste, de dire : l'enregistrement du titre », comme on l'avait fait à l'article 14.

(A suivre.)

REVUE DE PHARMACOLOGIE ET DE TOXICOLOGIE

I. — Sur les principes constituants toxiques et tœnifuges de l'extrait éthéré de fougère, par E. Poulsson (*Archiv für experiment-Pathologie und Pharmakologie*, t. XXIX, fasc. 1 et 2, p. 1, 1891.

II. — Recherches physiologiques sur l'extrait éthéré de fougère male, par J. L. Prévost et P. Binet (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1891 ; n° 5, p. 269.)

III. — Un cas d'empoisonnement par la cocaïne, par le Dr Schellendorf. (*Therapeutische Monatshefte*, juin 1891; fasc. 6, p. 364.)

IV. — Un cas d'empoisonnement par l'acide phénique concentré, chez un enfant, par le Dr Czygan. (*Ibidem*, mai 1891; fasc. 5, p. 313.)

V. — Un cas d'intoxication phéniquée accidentelle chez une femme en travail, par le Dr O. Schleicher. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1891 ; n° 1, p. 9.)

I. — On connaît un certain nombre d'exemples d'intoxications mortelles causées par l'extrait de fougère mâle; la plupart de ces faits se trouvent consignés dans le mémoire de Poulsson. En tête des principes constituants de cet extrait, auxquels peuvent être imputés les accidents de ce genre, figure l'acide filicique. M. Poulsson passe en revue les travaux antérieurs relatifs à la pharmacologie et à la toxicologie de l'extrait de fougère, avant d'exposer les résultats de ses propres re-

cherches. Celles-ci ont confirmé ce que l'on savait déjà, touchant la toxité de l'extrait de fougère. Elles ont mis en lumière cette notion que l'acide filicique se présente sous deux états très distincts, cristallin et amorphe. La variété cristalline est inefficace; la variété amorphe est au contraire très active. Cette dernière représente l'acide filicique vrai; l'autre, le produit cristallin, n'est que l'anhydride de la première, et se confond avec le produit désigné par Trommsdorff, sous le nom de filicine.

L'acide filicique amorphe est une poudre légère, d'un blanc neigeux, inodore et sans saveur, insoluble dans l'eau et dans l'alcool à froid, soluble dans l'alcool bouillant, plus ou moins soluble dans l'éther, dans l'alcool amylique, dans le benzol, dans le toluol, dans le sulfure de carbone, dans le chloroforme et dans les huiles grasses. Quand on fait bouillir une dissolution saturée éthérée,, il se précipite des lamelles constituées par des cristaux microscopiques. Au bout de quelques jours, la cristallisation se poursuit. Les cristaux ainsi obtenus ne sont autres que la filicine.

Chez la grenouille, l'acide filicique produit une paralysie des muscles et du cœur, qui est d'origine centrale. La section du nerf vague n'a pas d'influence sur l'arrêt du cœur en systole, provoqué par l'acide filicique.

Les mêmes effets s'observent sur les animaux à sang chaud. La paralysie cardiaque survient, à peu de choses près, en même temps que la paralysie généralisée des autres appareils musculaires. La pression sanguine se maintient jusqu'à la fin à son niveau physiologique, voire qu'elle le dépasse un peu au moment où l'asphyxie se prononce.

Chez le lapin, la dose mortelle est de 0 gr. 50 quand l'acide filicique est administré par la voie stomacale; la mort survient au bout d'un espace de temps qui varie de vingt-quatre à quarante-huit heures. A l'autopsie des animaux, on trouve l'estomac et l'intestin fortement hyperémiés, ramollis. Le contenu de l'intestin est liquide. Dans les autres organes on ne trouve pas d'altérations caractéristiques. Quelquefois l'urine a été trouvée légèrement albumineuse, ou encore douée d'un pouvoir réducteur énergique.

M. Poulsson conclut finalement que, selon toute vraisemblance, l'acide filicique se prêtera à des applications thérapeutiques. C'est une substance qui se dissout facilement dans le contenu liquide de l'intestin, mais qui se résorbe très difficilement, et à ce double titre elle est apte à agir comme vermicide sans nuire à l'organisme qui héberge les parasites intestinaux. Or l'acide filicique se rencontre en proportions variables, dans l'extrait des fougères mâles, non seulement dans des préparations de provenance différente, mais dans une même préparation, aux différents âges de celle-ci; voilà qui rend le dosage du médicament très difficile. D'autre part, dans l'extrait éthéré de fougère, l'acide filicique se trouve dissout dans une huile grasse, ce qui facilite son absorption à la surface de l'intestin, comme le prouvent les expériences de M. Poulsson sur des lapins.

On s'explique ainsi comment chez un enfant, dont Freyer a relaté l'observation, la mort soit survenue à la suite de l'administration de 1 gramme d'extrait de fougère et de 1 gramme d'huile de ricin, (le tout enrobé dans 8 capsules gélatineuses), alors que, trois semaines auparavant, le même enfant avait absorbé impunément une dose double d'extrait de fougère, mais sans mélange d'huile. On peut conclure de là que lorsqu'on jugé à propos d'associer un purgatif à l'extrait éthéré de fougère, on devra s'abstenir de prescrire un purgatif huileux, l'huile de ricin notamment.

I. — MM. Prévost et Binet ont expérimenté avec l'extrait éthéré de fougère, qui contient une oléo-résine obtenue en traitant les rhizomes de fougère mâle par l'éther, dans un appareil à déplacement. Ils rappellent que cette oléo-résine est un produit mal défini, dans lequel on a isolé les acides filicique, filicéique, filixoïde, filicitannique, et la filicine. C'est pour faire la lumière sur les accidents d'intoxication qu'on observe parfois à la suite de l'ingestion de l'extrait éthéré de fougère, employé comme tœniifuge, qu'ils ont entrepris leur recherches.

Voici, en substance, les résultats qu'ils annoncent, résultats qui concordent sensiblement avec ceux obtenus par M. Poulsson.

Chez les animaux à sang chaud, l'ingestion gastrique, même à dose élevée, d'une émulsion d'extrait de fougère ne produit que très rarement des phénomènes fâcheux, grâce à la lenteur de l'absorption.

Les injections hypodermiques et surtout intra-péritonéales d'une émulsion d'extrait de fougère déterminent des accidents qui peuvent amener la mort par paralysie du cœur et de la respiration. Un symptôme dominant consiste dans une rigidité précoce des divers muscles.

La paralysie des muscles respiratoires entraine des accidents qui peuvent revêtir une grande gravité. Mais c'est la paralysie cardiaque qui est la cause de la mort, quand l'intoxication est mortelle. A l'autopsie, on trouve le cœur énergiquement contracté en systole et inexcitable. Le nerf vague ne perd son excitabilité qu'à la période ultime.

L'application directe du toxique dans le sac conjonctival émousse et annihile même la sensibilité de la cornée, sans qu'il se produise des modifications constantes de la pupille; cette action rappelle celle de la cocaïne.

L'urine est parfois réductrice par élimination de l'extrait de fougère.

Le système nerveux central, qui ne parait être atteint que secondairement chez les animaux à sang chaud, est assez rapidement paralysé chez la grenouille; chez cet animal la paralysie de la moelle et des nerfs complique les phénomènes de rigidité et d'affaiblissement des muscles. Les sangsues, immergées dans une émulsion gommeuse d'extrait de fougère ont présenté des phénomènes de paralysie et de rigidité analogues à ceux décrits ci-dessus.

L'action oxydante du protoplasma pour la teinture de gaïol est entravée par l'addition d'extrait de fougère.

En résumé, concluent les deux auteurs, l'extrait de fougère paraît avoir une action spéciale sur le protoplasma, d'où découleraient les divers symptômes décrits, notamment la rigidité musculaire.

III. — Schellendorf relate l'observation d'une dame âgée de 28 ans, très anémique, très nerveuse, qui, depuis quelque temps, était traitée par un spécialiste pour une pharyngite chronique latérale gauche et une rhinite hypertrophique. Le médecin trouva la dame en proie à une grande agitation, se roulant en tout sens sur un divan. Elle se plaignait de violentes douleurs dans le nez et dans la bouche, qui s'irradiaient jusqu'aux dents, et d'une grande lourdeur de tête, de palpitations, et d'une angoisse particulière. Le pouls battait 120 à la minute; il était plein, régulier; 36 mouvements respiratoires à la minute; pas de fièvre.

La malade raconta qu'une heure auparavant on lui avait badigeonné l'intérieur de la bouche et du nez avec un liquide, et que les accidents dont elle souffrait étaient survenus une demi-heure plus tard. A l'inspection de l'arrière-

gorge on ne découvrait qu'une rougeur et une tuméfaction du côté gauche, avec salivation abondante.

M. Schellendorf pensa que les accidents en question avaient été déterminés par une cautérisation de la muqueuse avec un acide quelconque, et il prescrivit simplement des douches nasales et l'ingestion de petits fragments de glace. Plus tard il apprit du spécialiste qui traitait la dame que le liquide employé pour le badigeonnage des fosses nasales était une solution de cocaïne à 20 0/0, et que ce badigeonnage avait été suivi d'une cautérisation des deux cornets moyens, avec de l'acide trichloracétique.

Le lendemain le médecin trouva la malade en proie à une agitation extrême, et à des douleurs intolérables qu'elle localisait dans le front, dans le nez et dans la bouche. La face était très rouge, les pupilles dilatées, paresseuses. Le pouls battait 150, plein, intermittent; respiration accélérée (40), superficielle. Le mari racontait que par moments sa femme ne le reconnaissait plus, qu'elle avait eu des hallucinations, et que dans la nuit elle avait essayé de se jeter par la fenêtre. L'administration de 2 grammes de bromure de potassium calma l'agitation de la malade qui tomba dans un profond sommeil. A son réveil elle ne souffrait plus, mais elle mit une dizaine de jours á se rétablir.

A l'idée de l'auteur. ces accidents étaient imputables à une intoxication par la cocaïne, sauf les douleurs, qui avaient dû être occasionnées par les applications d'acide trichloracétique.

IV. — L'observation de Czygan concerne un enfant de 7 ans, qui, relevant d'une atteinte de la diphtérie, absorba par mégarde une cuillerée à bouche d'acide phénique pur liquéfié, alors qu'on croyait lui faire prendre une mixture d'acide chlorydrique. Cela se passait le 29 novembre 1889, à 6 heures du soir. On s'aperçut aussitôt de la méprise, et on fit boire à l'enfant un verre d'eau. Aussitôt qu'il eut avalé ce liquide, il tomba sans connaissance. C'est dans cet état que le trouva le médecin. Tous les réflexes étaient abolis. Le pouls était très rapide (130), très faible; la respiration n'était pas accélérée, mais bruyante. Le médecin improvisa une sonde stomacale avec le tube d'un otoscope, et procéda au lavage de l'estomac. Il fit passer par le tube, cinq fois de suite environ, trois quarts de litre d'eau tiède. Les premières portions de liquide, évacuées hors de l'estomac, répandaient une forte odeur d'acide phénique. L'état du petit malade ne s'était pas modifié. Le médecin fit alors une injection sous-cutanée d'apomorphine (0,005); au bout de huit minutes, il ne s'était pas encore produit de vomissements. Nouveau lavage de l'estomac, fait cette fois avec une sonde stomacale ordinaire; quantité de liquide injectée, deux litres. Le liquide évacué ne répandait plus l'odeur de l'acide phénique.

Pendant le lavage, l'enfant se mit à vomir des mucosités. Les pupilles réagissaient un peu. On eut recours ensuite aux applications chaudes, aux analeptiques, aux injections d'éther, aux injections d'eau de chaux dans l'estomac. L'enfant finit par réagir un peu; il ouvrit les yeux, à la suite d'un appel un peu fort. Puis il tomba dans un sommeil calme. Entre 3 et 4 h. du matin, il rendit une assez grande quantité d'une urine verdâtre, non albumineuse. Le lendemain matin, l'urine rendue était légèrement verte et contenait encore des traces de phénol. L'urine rendue dans la soirée était normale. Le malade souffrait beaucoup dans la gorge. Pendant sept jours, il fallut le nourrir par la voie rectale. Puis, quand on commença à l'alimenter par les voies ordinaires, il manifesta une grande anorexie, qu'on réussit à combattre en faisant prendre une décoction de quinquina et de l'acide chlorhydrique. A noter encore que, le 23 novembre, le second jour après l'accident, le petit malade expectora des crachats d'un brun rongeâtre, ce qui fit craindre une pneumonie par pénétration de corps étrangers dans les voies aériennes; ces craintes ne se sont pas réalisées. D'autre part, la température corporelle du malade a suivi une marche trés intéressante : le 22 nov. à 4 heures du matin, la température interne était de 39°,1; puis elle tomba à 36°,1 vers midi, pour se relever à 39°5, le lendemain 23, à 4 heures. Le 24, à 1 heure du matin. elle était redescendue à 37°5, sous l'influence de deux prises (0,30 et 0 gr. 15) d'antipyrine. Jusqu'au 26 novembre, elle oscilla entre 37°,9 et 39°, le malade continuant de prendre de l'antipyrine. Le 27 novembre, suppression de l'antipyrine; la température interne était de 39°,6 à une heure du matin, et de 38°.3, à 10 heures et de 39°,2 à quatre heures du soir. A partir de là, défervescence spontanée progressive.

Dans les réflexions qu'il a développées à la suite de cette observation, l'auteur a fait remarquer que l'heureuse terminaison chez son malade doit être attribuée au concours des circonstances suivantes : une heure avant d'absorber le poison, l'enfant avait ingéré une tasse de cacao; le lavage de l'estomac a pu être effectué très peu de temps après l'absorption du toxique; pendant son atteinte de diphtérie, l'enfant avait eu l'occasion de s'habituer aux fortes doses d'alcool. Incidemment l'auteur a constaté que la cause prochaine de la terminaison fatale dans les cas d'intoxication mortelle par l'acide phénique n'est pas encore bien connue.

Enfin il a rappelé que récemment Model (*Therapeutische Monatshefte*, octobre 1890) a publié un cas analogue d'intoxication phéniquée terminée par guérison.

V. — Une femme en travail but par mégarde environ 40 centimètres cubes d'une solution phéniquée à 90 0/0. Elle rejeta presque aussitôt une partie du liquide ingéré, puis elle but un peu d'eau. Au bout de cinq minutes elle perdit connaissance et tomba dans un état de profond collapsus, avec respiration stertoreuse. L'utérus avait cessé de se contracter. On procéda à l'extraction de l'enfant au moyen du forceps; l'enfant vivait encore. Aussitôt après, on pratiqua le lavage de l'estomac. L'utérus était complètement relâché, le placenta adhérait à la paroi utérine. Une métrorrhagie en rapport avec l'atonie de l'utérus fut combattue au moyen d'irrigations chaudes et d'injections d'ergotine. Peu à peu la femme reprit connaissance. Elle rendit tout ce qu'on lui faisait avaler. Par le cathétérisme on évacua une grande quantité d'urine colorée en vert. Au sixième jour, après une période d'amélioration passagère, la malade fut emportée par une pneumonie due à la pénétration de corps étrangers dans les voies aériennes.

Ce qui frappa à l'autopsie, c'est que l'œsophage et l'estomac ne présentaient que des altérations relativement légères; le contraire avait lieu pour l'intestin. Ce résultat était dû, selon l'auteur, à ce que, au contact du toxique, l'œsophage et l'estomac s'étaient fortement contractés pour propulser le liquide jusque dans l'intestin.

L'enfant, qui avait été mis au jour sept quarts d'heure après que la mère eut avalé le poison, présentait déjà au moment de la naissance les symptômes de l'intoxication phéniquée à laquelle il succomba vingt-quatre heures plus tard. Voilà qui prouve qu'en pareille occurence on ne saurait mettre trop de hâte à extraire l'enfant.

(*A suivre.*) E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

LEÇONS DE CLINIQUE MÉDICALE FAITES A L'HOPITAL DE LA PITIÉ, 3e série, 1886-1890, par le Dr LANCEREAUX.

M. Lancereaux a réuni en un volume les leçons cliniques qu'il a publiées dans l'*Union médicale*, pendant le cours des quatre dernières années. Ces leçons font suite à celles que notre savant confrère a fait paraître en 1882, dans la *Gazette hebdomadaire*, sur les paralysies toxiques et la syphilis cérébrale, et à une seconde série de leçons cliniques dont la publication remonte à 1883.

Si l'on veut rechercher l'esprit général qui inspire M. Lancereaux dans son enseignement clinique, on le trouve dans ce passage de son introduction : « Les lésions matérielles des organes, dit-il, sont tout aussi spécifiques que les symptômes et, dès lors, symptômes et lésions bien analysés doivent forcément conduire le médecin au déterminisme de la cause, à peu près comme les réactions fournies par une substance inconnue permettent au chimiste de reconnaître la composition de cette substance. »

M. Lancereaux se hâte d'atténuer ce qu'il y a de trop absolu dans cette analogie en ajoutant que si elle ne trouve pas son application rigoureuse dans la pratique, « c'est que malheureusement les types pathologiques sont loin d'être déterminés et que, trop souvent, ils reposent sur des caractères de second ordre, comme si, pour classer des espèces animales, il fallait tenir compte de la couleur du poil et de la longueur des membres ».

C'est là, en effet, une des grandes difficultés de la clinique, et M. Lancereaux fait observer avec raison qu'il ne suffit pas de connaître les lésions organiques et les troubles fonctionnels pour déterminer la nature d'une maladie; il faut encore, pour remonter à la cause, étudier les rapports de ces désordres entre eux et leur mode ou leur ordre d'évolution. En suivant cette méthode, on découvre des liens entre des phénomènes morbides qui paraissaient d'abord distincts, isolés, et qui se rattachent en définitive à une même affection, à un même état constitutionnel. On crée ainsi des types généraux qui ne sauraient avoir la délimitation précise des espèces en histoire naturelle, mais qui n'en sont pas moins utiles pour servir de guide dans le rapprochement et l'interprétation de symptômes souvent si divers.

M. Lancereaux a décrit, sous le nom d'*herpétisme*, un de ces types pathologiques. Le mot a été peut-être mal choisi parce que, pour les uns, disciples de Bazin, il exprime autre chose, et pour d'autres il ne sert qu'à déguiser notre ignorance sur la nature d'états morbides difficiles à classer. Mais le mot importe peu et, en étudiant de près les raisons qu'il en donne, on a de la peine à ne pas admettre le groupe synthétique établi par notre savant confrère. Si, au point de départ, on peut différer de lui, tout le monde est aujourd'hui d'accord sur le rôle pathogénique de l'artério-sclérose dans la production de certaines lésions rénales, cérébrales et cardiaques; et cette conception n'a pas seulement un intérêt séméiologique : elle a, au point de vue thérapeutique et prophylactique des accidents terminaux, une importance de premier ordre. On n'a, pour s'en convaincre, qu'à lire les leçons magistrales consacrées à ce sujet par le médecin de la Pitié.

Cet esprit synthétique, joint à une analyse rigoureuse et à une judicieuse interprétation de chaque phénomène, de chaque symptôme, on le retrouve dans les autres leçons de M. Lancereaux; nous devons nous borner à signaler les principales, par exemple celles sur les *cirrhoses*, l'*urémie*, le *rhumatisme*, les *diabètes glycosuriques*, la *goutte*, etc. Dans ces différentes leçons, M. Lancereaux développe des idées doctrinales qui lui appartiennent et s'éloignent plus ou moins des idées généralement reçues. C'est ainsi, par exemple, qu'il comprend, dans une même série morbide, le rhumatisme chronique, le diabète gras et la goutte, qu'il rattache également à un trouble primitif de l'innervation. Les considérations par lesquelles il appuie ses opinions personnelles ne laissent pas d'être séduisantes; elles sont toujours empreintes d'un grand sens clinique. Si nous ajoutons que notre confrère ne perd jamais de vue le côté pratique, que toutes ses digressions dans le domaine de la pathologie générale, toutes ses discussions théoriques ou doctrinales ont constamment pour but et pour résultat d'éclairer les indications thérapeutiques et de justifier les médications qu'il met en œuvre, on restera convaincu du vif intérêt que présentent ses leçons et les services que peut rendre un enseignement clinique ainsi compris.

Dr F. DE RANSE.

HYDROLOGIE.

La dyspepsie, qu'elle soit gastrique ou intestinale et même gastro-intestinale, exige, pour disparaître, une médication active, sans être trop énergique, prolongée, sans être trop variée.

Malheureusement, c'est là l'écueil où tombent facilement médecin ou malade : le premier, désireux de donner satisfaction à son client, cède aux volontés de celui-ci en modifiant trop tôt le traitement; le second, impatient de voir sa santé complètement rétablie, réclame instamment le médicament sauveur. Les dyspepsies, qu'elles soient primitives ou secondaires, demandent une thérapeutique raisonnée, qui tout en agissant sur l'organe lésé, porte surtout son action sur la fonction dont ces organes sont le siège, c'est-à-dire la digestion. L'agent médicamenteux qui remplit ce double but et auquel on doit avoir recours devra donc intéresser la muqueuse, dont la vitalité est compromise par défaut de tonicité, et la sécrétion elle-même, constituée par le suc gastrique dont la réaction acide est ou supprimée ou altérée.

Dans ces conditions, les eaux minérales répondront à ce desideratum et parmi elles, en première ligne, l'eau minérale de Pougues-Saint-Léger, dont tout praticien connaît la composition : acide carbonique libre, bicarbonate de chaux, fer, iode, lithine et arsenic.

Si maintenant, se rappelant que, dans les dyspepsies, l'élément acide du suc gastrique fait défaut, que toute digestion ne peut s'opérer sans un acide le remplaçant; que, relativement à la tonicité musculaire de l'estomac et de l'intestin, le fer et la chaux sont indispensables, l'on appréciera par simple comparaison l'utilité de l'emploi de l'eau minérale de Pougues Saint-Léger.

Depuis longtemps, les savantes cliniques de Trousseau et, plus récemment, les leçons des maîtres G. Sée, Jaccoud, Constantin-Paul, Gallard, Bouchut, Jules Simon, ont confirmé cette manière de voir.

Il ne faut pas croire cependant que toute eau minérale chargée d'acide carbonique soit applicable au traitement de la dyspepsie.

Il en est, au contraire, qui, dans certains cas, vont à l'encontre du but cherché. Ainsi personne n'ignore combien souvent est nuisible pour l'élément globulaire sanguin l'action des eaux minérales à base de soude. C'est donc surtout des eaux minérales à base de chaux et lithinée, dont Pougues Saint-Léger est le type, que ressort le traitement des affections dyspeptiques, gastrites, gastralgie, dyspepsie atonique ou gastro-intestinale.

Mais ce n'est pas à ce seul point de vue qu'il faut envisager l'eau minérale de Pougues. Sans la considérer comme une panacée universelle, ses attributions sont aussi nettes dans les affections qui

sont la conséquence de troubles digestifs prolongés et que le professeur Bouchard a nommées maladies par ralentissement de la nutrition ; dans cette classe rentreront le diabète, la gravelle, la goutte et, comme limite extrême, l'anémie.

On sait que le diabète résulte d'une exagération de la fonction glycogénique du foie, lequel, sous une influence probablement nerveuse, convertit en sucre les éléments hydro-carbonatés et même azotés qui doivent servir à la nutrition générale.

Chercher à combattre la cause serait puéril, puisque celle-ci n'est encore qu'hypothétique ; il ne reste donc comme ressource qu'à réduire l'effet, autrement dit qu'à empêcher la production du sucre en favorisant dans la plus grande mesure les deux fonctions principales de la nutrition, l'assimilation et la désassimilation.

L'eau minérale de Pougues (Saint-Léger) n'est plus à faire ses preuves dans le diabète, et les attestations du professeur Lécorché, dont la compétence en ces matières fait autorité, sont assez affirmatives sur ce sujet.

Pour la goutte et la gravelle, qu'elle soit urique, phosphatique, oxalique, l'indication n'est pas moins favorable.

Quels sont, en effet, les produits caractérisant ces affections ? le plus souvent, des composés uriques auxquels il ne manque qu'une oxydation plus parfaite pour arriver à l'état d'urée. C'est donc à un médicament facilitant la combustion organique, qu'il faut avoir recours ; l'eau minérale de Pougues, par son acide carbonique, que les dernières recherches du Dr Bovet portent à 75 pour 100, sera un oxydant des plus énergiques, à la dose d'une bouteille par jour.

Quant à l'anémie ou à la chlorose, c'est-à-dire aux maladies où l'élément globulaire sanguin est altéré dans sa composition, l'eau de Pougues s'imposera d'elle-même, tant par le fer qu'elle contient, que par la chaux qui est le principe reconstituant par excellence de nos tissus.

Et pour nous résumer, nous emprunterons à M. le Dr Mignot, président de l'Association des médecins de la Nièvre, médecin consultant à Pougues, les conclusions suivantes :

Les eaux minérales de Pougues (Saint-Léger) sont employées avec succès :

1° Dans les maladies des voies digestives, sans lésion matérielle et sans inflammation aiguë ;

2° Dans les maladies des annexes des voies digestives : foie, pancréas, etc ;

3° Dans les maladies des organes génito-urinaires chez l'homme et chez la femme ;

4° Dans certaines maladies générales : anémie, diabète, albuminurie, goutte, hydropisies, cachexies, convalescences.

Dr CEZAR.

NOTES ET INFORMATIONS

Réunion de la Société d'hypnologie. — En 1889, les membres du Congrès international de l'hypnotisme, avant de se séparer, ont, sur la proposition de M. Levillain, voté la création, à Paris, d'une Société d'hypnologie.

Le but de cette Société étant de faciliter le contrôle scientifique des faits observés journellement dans l'état d'hypnotisme ou dans les états analogues, il a été décidé que les membres du Congrès seraient convoqués périodiquement et qu'un appel serait adressé à tous les savants qui s'intéressent à ces études.

Le Congrès a, en outre, désigné pour composer le bureau : MM. Dumontpallier, G. Ballet, Grasset, Liégeois, Auguste Voisin et Bérillon, membres du bureau du Congrès.

Conformément à ces décisions, la réunion annuelle de la Société d'hypnologie se tiendra au Palais des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, le lundi 20 juillet, à 4 heures.

Questions mises à l'étude :

1° Des rapports de l'hystérie avec l'hypnotisme ;

2° Des suggestions criminelles et la responsabilité pénale ;

3° De l'influence que certaines impressions psychiques ressenties par la mère peuvent exercer sur le fœtus.

La réunion de la Société comprendra plusieurs séances, dont l'heure sera fixée ultérieurement.

NOUVELLES

Corps de santé militaire.

Par décision ministérielle du 7 juillet 1891 :

M. Forgue, médecin-major de 2e classe au régiment du génie, est désigné pour être attaché à la direction du service de santé du 16e corps d'armée.

M. Biscons, médecin aide-major de 2e classe à l'hôpital de Toulouse, a été désigné pour le 2e régiment du génie.

Corps de santé de la marine.

Ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Taulier, ancien médecins de deuxième classe de la marine ; M. Heyriès, médecin auxiliaire de 2e classe.

MUTATIONS. — *Médecin de première classe* : M. Pascalis, rapporteur de Saint-Pierre et Miquelon, servira à Toulon.

Médecin de deuxième classe : MM. Pourtal, rentré du Sénégal, est affecté à Cherbourg ; Métin rappelé de la Réunion, servira à Toulon ; Duprat, de Lorient et Ruby, de Brest, passent sur leur demande, au cadre de Toulon ; J.-M. Borius, de Brest, Besnard et Flaud, de Cherbourg, passent, sur leur demande, le premier à Lorient, les deux autres à Brest ; G.-E.-G. Bourdon, rappelé de Cochinchine, servira à Toulon ; Bousquet, rappelé de l'Inde, servira à Lorient ; Ruf, rappelé du Gabon, servira à Toulon.

Des médecins de deuxième classe sont demandés pour aller servir : 1° sur le *Goëland*, au Gabon ; 2° au Tonkin ; 3° au Soudan ; 4° à la Martinique ; 5° à la Guyane.

Corps de santé des colonies.

Médecins de première classe. — MM. Dupony est désigné pour servir à Saint-Pierre-et-Miquelon comme chef du service de santé, en remplacement de M. le médecin de première classe de la marine, Pascalis ; Preux, désigné pour servir à la Réunion, en remplacement de M. Prat, médecin de première classe de la marine.

Médecins de deuxième classe. — MM. Loussot ira servir en Cochinchine, en remplacement de M. le médecin de deuxième classe de la marine Bourdon ; Brossier ira servir au Sénégal, en remplacement de M. le médecin de première classe Clouard, maintenu dans la colonie au lieu et place de M. Piron ; Grall, actuellement au Soudan, sera rappelé en France à la fin de sa campagne ; Vasticar ira servir à la Nouvelle-Calédonie, en remplacement de M. Cailliot ; Cureau ira servir au Sénégal, en remplacement de M. le médecin de première classe David ; Mas est destiné aux Rivières du Sud et servira au Grand-Bassam, poste nouveau ; Aunac ira servir au Sénégal, en remplacement de M. Pourtal, médecin de deuxième classe de la marine ; Chauveau ira servir à la Réunion, en remplacement de M. le médecin de deuxième classe de la marine Métin ; Texier est appelé à servir dans l'Inde, en remplacement de M. le médecin de deuxième classe de la marine Bousquet.

— Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officiers. — MM. les docteurs Bouchard, Riant (de Paris) ; Duchemin, Rech, Josien, Bonnefoy, Soulbieu (médecins de l'armée active) ; F. Bertherand (médecin militaire en retraite) ; Bourru (médecin de la marine) ; Treille (médecin des colonies).

Chevaliers. — MM. les docteurs Donvillé, J.-F. Magnin, Ch. Richet (de Paris) ; Ollivier (de Digne) ; Tourtant de Marans) ; Langlois, Romain, Febvre, Barois, Aron, Mossier, Plaisant, Pagès, Rivet, Ma-

restaing, Grandmougin, Pilet, Sauzède, Schrapf, Mulot, (médecin de l'armée active); Machenaud, Nicolas, Borély, Long, Jan, Gazeau, Mirabel (médecin de la marine); Defaut (médecin de la marine en retraite); Collomb, Gentilhomme (médecins des colonies).

Clinique chirurgicale de la Charité. — M. le docteur Schwartz, agrégé, suppléant M. le professeur Duplay à la clinique chirurgicale de l'hôpital de la Charité, commencera ses leçons cliniques le vendredi 17 juillet, à dix heures, et les continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Société médicale des hôpitaux. — Un prix de 1.200 fr. sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur *l'allaitement artificiel*; tous les mémoires doivent être adressés au Secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux, rue de l'Abbaye, 3, avant le 1er juillet 1892.

Missions scientifiques. — M. le Dr Ranson, médecin de la marine, est chargé d'une mission au Sénégal et dans le Haut-Fleuve, en vue d'effectuer des recherches d'histoire naturelle.

M. le Dr Stapfer, ancien chef de clinique d'accouchement de la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission en Suède, à l'effet d'y étudier les méthodes employées dans le traitement des maladies obstétricales.

Chemin de fer d'Orléans. — *Billets d'aller et retour de famille* pour les stations thermales de Chamblet-Néris (Néris), Évaux, Moulins (Bourbon-l'Archambault), Laqueuille (la Bourboule et le Mont-Dore), Royat.

Réduction de 50 0/0 pour chaque membre de la famille en plus du troisième.

Il est délivré, du 1er juin au 15 septembre, dans toutes les gares du réseau d'Orléans, sous condition d'effectuer un parcours minimum de 300 kilomètres (aller et retour compris), aux familles d'au moins quatre personnes payant place entière et voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs de 1re, 2e et 3e classe pour les stations ci-dessus indiquées.

Les billets sont établis par l'itinéraire à la convenance du public; l'itinéraire peut n'être pas le même à l'aller et au retour.

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de six billets simples ordinaires le prix d'un de ces billets pour chaque membre de la famille en plus de trois.

La durée de validité des billets, à compter du jour du départ, ce jour non compris, est de 30 jours.

Cette durée peut être prorogée une ou plusieurs fois d'une période de quinze jours. Chaque période de prolongation part de l'expiration de la période précédente et donne lieu à la perception d'un supplément de 10 0/0 du prix total du billet.

La prolongation ne peut être demandée que pour les billets non périmés.

AVIS. — Les voyageurs obtiennent, sur leur demande, soit à la gare de départ, soit au bureau du correspondant de la Compagnie, à Laqueuille, des billets d'aller et retour réduits de 25 0/0 pour le Mont-Dore et La Bourboule.

Les demandes de billets doivent être faites, quatre jours au moins avant celui de départ, à la gare où le voyage doit être commencé.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE REDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

DE LA TOXICITÉ DES SUBSTANCES SOLUBLES DES CULTURES TUBERCULEUSES (1).

Par MM. Héricourt et Ch. Richet.

Dans quelques expériences antérieures, nous avions essayé de comparer la toxicité des produits tuberculeux chez les animaux sains et chez les animaux tuberculeux : nous avons répété ces expériences, en les modifiant de manière à arriver à la démonstration rigoureuse de cette importante différence (2).

Nos expériences nouvelles, portant en tout sur dix-neuf lapins, donnent en effet des résultats absolument concordants.

La culture tuberculeuse, décantée, puis filtrée au papier, était stérilisée, puis injectée dans la veine de l'oreille chez des lapins soit normaux, soit tuberculeux ; or, constamment les lapins tuberculeux mouraient le lendemain ou le surlendemain, tandis que jamais les lapins normaux n'ont paru devenir malades.

Voici les cinq séries d'expériences :

1° Le 16 mai on injecte (à quatre heures) à quatre lapins présumés tuberculeux (1) 30 centimètres cubes de bouillon tuberculeux stérilisé.

Le lendemain 17 mai, à midi, deux de ces lapins sont morts : tous deux sont tuberculeux, et on constate dans les poumons une congestion intense presque hémorragique.

Les deux autres lapins sont bien portants.

Le 19 mai, on les sacrifie, après avoir noté une température de 40°,2 chez l'un et de 40 degrés chez l'autre, avec une perte de poids faible de 90 grammes pour l'un et de 100 grammes pour l'autre.

Ni l'un ni l'autre ne sont tuberculeux.

2° Le 25 mai, on injecte à deux lapins présumés tuberculeux 35 centimètres cubes de bouillon tuberculeux.

Le 26 mai, à midi, un des lapins est mort : il est tuberculeux.

Le second lapin a une température de 40°,8, qui est de 40°,5 le 27 mai et de 39°,9 le 28 mai. Il est alors sacrifié, et on constate qu'il n'est pas tuberculeux.

3° Le 29 mai, on injecte à quatre lapins 35 centimètres cubes de bouillon tuberculeux : deux de ces lapins sont normaux ; les deux autres sont présumés tuberculeux.

Le 30 mai, un des lapins présumés tuberculeux est mourant, avec une température de 34°,8 ; il meurt dans la soirée et on constate qu'il est très tuberculeux. L'autre lapin présumé tuberculeux a une température de 40°,6 : il survit.

(1) Communication à la *Société de Biologie*.

(2) Voir *Comptes rendus Académie des Sciences*, février 1891.

(1) Nous disons que les lapins sont *présumés tuberculeux*, quand ils ont reçu une inoculation tuberculeuse antérieure.

FEUILLETON

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

(*Suite*) (1).

Honoraires ; *prescription*, *dentiste*. — L'art. 2272 § 1er du Code civil porte que « l'action des médecins, chirurgiens et apothicaires, pour leurs visites, opérations et médicaments se prescrit par un an ».

La doctrine et la jurisprudence admettent, généralement, que cette prescription est applicable aux sages-femmes, diplômées et comprises dans l'expression générique de « médecins », et même aux vétérinaires, pour leurs honoraires et fournitures de médicaments (cassation, 11 juin 1884, Dalloz 85-1-208). Convient-il de l'étendre aux dentistes, lorsque ceux-ci n'ont aucun diplôme d'officier de santé ou de docteur ? Si la courte prescription d'un an ne leur était pas appliquée, il en résulterait cette étrange conséquence qu'ils auraient 30 ans pour réclamer leur paiement, conformément au droit commun, et qu'ainsi ceux qui n'ont pas de diplôme se trouveraient plus favorablement traités que les autres.

A cet égard, les décisions judiciaires, encore peu nombreuses, se divisent. Tandis qu'un jugement du tribunal de paix du 1er arrondissement de Paris, du 20 septembre 1889 (*Droit* du 4 octobre 1889), et un jugement de la 7e chambre du tribunal civil de la Seine, en date du 24 janvier 1890 (*Droit* du 27-28 janvier 1890) avaient déclaré l'action des dentistes prescriptible par 30 années seulement, un jugement de la même 7e chambre du tribunal de la Seine, rendu le 28 février 1891, sous la présidence du même magistrat, vient de décider qu'elle est soumise à la prescription annale (1). Il en va ainsi de la jurisprudence !

Ce dernier jugement est conçu comme suit :

(1) Voir le numéro 28.

(1) On nous communique, à l'instant le texte d'un jugement rendu par la 1re Chambre du tribunal civil de Gand (Belgique), le 28 janvier 1891, qui se prononce également dans le sens de la prescription annale. Nous y reviendrons dans un prochain numéro.

Les deux lapins normaux ont 39°,8 et 39°,6; ils survivent.

Le lapin présumé tuberculeux qui avait survécu est sacrifié le 1er juin; il est à peine tuberculeux (quelques rares nodosités au poumon). On trouve aussi aux poumons une congestion intense, presque hémorragique.

4° Le 11 mai, on injecte à trois lapins, dont deux normaux et un présumé tuberculeux, 25 centimètres cubes de bouillon tuberculeux.

Les deux lapins normaux survivent, tandis que le lapin présumé tuberculeux meurt: on constate à l'autopsie qu'il est tuberculeux.

5° Le 4 juin, on injecte à six lapins dont trois normaux et trois présumés tuberculeux, 35 centimètres cubes de bouillon tuberculeux.

Le 5 juin, deux des présumés tuberculeux sont morts; on constate qu'ils sont tuberculeux. Le troisième est mourant (T. = 38°,4); il meurt le lendemain.

Les trois lapins normaux survivent: leur température est de 39°,6; 39°,5; 40°.

Ainsi la démonstration de ce fait paradoxal est irréfutable. *Les cultures tuberculeuses contiennent une substance qui est toxique pour les lapins tuberculeux et qui est inoffensive pour les lapins sains.*

En effet, si nous récapitulons, nous trouvons:

L. tuberculeux.......... 8 — 8 morts.
L. non tuberculeux........ 11 — 11 survivent.

Après injection du liquide tuberculeux, la mortalité des tuberculeux a été de 100 p. 100 et la mortalité des non-tuberculeux a été de 0 p. 100.

En outre nous avons constaté trois faits importants pour l'étude de cette substance toxique:

1° Une ébullition prolongée, et même un chauffage d'une demi-heure à 125°, ne la détruisent pas;

2° Elle est dialysable, et peut passer à travers le filtre en terre poreuse (filtration à plusieurs atmosphères de pression par la méthode de M. d'Arsonval).

3° Elle n'est pas détruite par un contact prolongé (de plus d'un mois) avec une solution d'iode à 1 p. 1000 en liqueur légèrement acide.

CHIRURGIE PRATIQUE

ÉTUDE ET CRITIQUE EXPÉRIMENTALES DE LA TRACTION PAR LES POIDS DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU CORPS DU FÉMUR PAR L'EXTENSION DANS LA RECTITUDE.

Par le Dr Paul Thiéry,
Prosecteur de la Faculté.

(*Suite*) (1)

DEUXIÈME PARTIE

Etude de la traction effective nécessaire.

1° DE LA TRACTION PAR DES POIDS COMME MOYEN DE RÉDUCTION DES FRACTURES AVEC CHEVAUCHEMENT.

Nous diviserions volontiers la suite de notre travail en deux parties; dans la première nous étudions la traction au double point de vue de son rôle dans la réduction, et de son rôle dans la contention et l'extension des fractures réduites; nous fixons ainsi les chiffres de traction nécessaires à la réduction d'une fracture avec un raccourcissement donné et ceux qui sont capables de produire même un écartement des fragments; dans la seconde, nous étudions les causes qui s'opposent à l'application de la traction nécessaire ou qui tendent à diminuer son effort. En d'autres termes nous répondons à ces deux questions: 1° Quelle est la traction nécessaire à la réduction d'une fracture? 2° Cette traction est-elle réalisée et réalisable en clinique? Nous ferons suivre ces deux parties de quelques considérations sur les désiderata que devrait remplir un bon appareil de traction pour être efficace.

Un des principaux points à établir était le suivant: une fracture existant avec un chevauchement connu, quelle est la traction nécessaire soit pour opérer la réduction totale si la chose est possible, soit pour obtenir le minimum de raccourcissement si la réduction ne peut être complètement obtenue.

Pour ce faire nous avons choisi le cadavre d'un adulte très vigoureux et bien musclé. Couché sur une table spéciale d'amphithéâtre le tronc a été fixé d'une façon immuable en sorte que, circonstance tout à fait inaccoutumée et qui ajoute en-

(1) Voir les nos 24, 25, 26 et 28.

« Le tribunal; — attendu que la dame Vve George, au nom et comme propriétaire du cabinet connu sous le nom J.-B George et fils dentistes à Paris, rue de Rivoli, 224, a assigné Manby, tailleur à Paris, rue Auber, 21, en paiement de 295 francs, pour soins et opérations dentaires faits au cours de l'année 1885 à Manby et à ses deux enfants;

« Attendu que Manby répond à cette demande en niant devoir la somme réclamée et en opposant la prescription de l'art. 2272 du code civil;

« Attendu qu'en réponse à ce moyen de prescription la dame Vve George, après avoir conclu à ce que le serment soit déféré à Manby sur le point de savoir si, réellement, il avait payé la somme de 295 francs, a, par des conclusions postérieures demandé acte de ce que le défendeur n'avait pas encore offert de prêter le serment, et a retiré ses conclusions aux fins de serment, en soutenant que la prescription de l'art 2272 n'était pas opposable aux dentistes auxquels la prescription de 30 ans seule pourrait être opposée;

« Attendu, d'après l'exposé des motifs, que les courtes prescriptions sont fondées sur une présomption de paiement résultant du besoin que les créanciers ont d'être payés promptement, de l'habitude des débiteurs d'acquitter ces dettes sans un long retard et même sans exiger de quittance, et enfin sur les exemples trop souvent répétés de débiteurs et surtout de leurs héritiers contraints en pareil cas de payer plusieurs fois;

« Attendu qu'avant la loi de l'an XI (10 mars 1803) les dentistes étaient tenus de se faire recevoir experts par le collège de chirurgie conformément aux déclarations des 24 février 1730 et mai 1768 réglant l'exercice de la chirurgie dans la Ville de Paris;

« Que si la profession de dentiste n'est actuellement astreinte à aucun diplôme, elle ne s'en rattache pas moins à la chirurgie dont elle ne paraît être qu'une branche, pour certaines opérations;

« Attendu que les termes généraux de l'art. 2272 du code civil, comprennent toute personne exerçant légalement la profession de médecin ou de chirurgien.

« Attendu que si cet article avait voulu donner une désignation limitative et juridique à la personne dont la créance serait soumise à la prescription annale, il se serait servi des termes officiels « docteurs en médecine, en chirurgie et officiers de santé » seuls admis par la loi du 19 ventôse an XI;

« Attendu que le système contraire aurait pour conséquence d'accorder à l'opérateur non diplômé le privilège inexplicable de pouvoir réclamer pendant 30 ans, le prix des opérations chirurgicales qu'il a le droit de pratiquer, tandis que le médecin et le chirurgien munis de diplôme, seraient tenus, aux termes de la loi, de présenter leur note dans l'espace d'une année;

« Que dès lors, les particuliers sous peine d'être exposés à payer deux

core à la valeur de nos résultats, la contre-extension pouvait être considérée comme parfaite.

Une fenêtre minime, juste suffisante pour l'observation, ayant été pratiquée à travers la peau et la masse du quadriceps, le fémur est mis à nu et bien isolé des masses musculaires adhérentes dans une petite étendue de sa surface; à l'aide d'un fort ciseau de Mac Even et du maillet, nous produisons une fracture entre la partie moyenne de l'os et l'union de son tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs; il s'est trouvé après examen du foyer que celle-ci est légèrement scaphoïde par le fragment supérieur: elle répond assez bien à la variété de fracture dite conchoïdale; considérée dans son ensemble elle se rapproche fort de la variété dite en rave. Si nous avons choisi cette variété de fracture pour l'étude expérimentale de la traction, c'est qu'elle permet mieux que les fractures obliques (peut être plus faciles à réduire, point que nous nous proposons de reprendre expérimentalement) de calculer très exactement et millimètre par millimètre les progrès de la réduction à travers une très étroite ouverture des parties molles.

Le membre (droit) repose, comme nous le disions, tantôt sur la table, tantôt sur des draps, sur un hamac: la traction est fixée à une anse de cordelette passée a travers les téguments de la plante du pied et étendue transversalement d'un bord du pied à l'autre, au-dessous de l'aponévrose plantaire; ce mode de fixation exclut encore toute cause d'erreur de ce côté; enfin la poulie employée fixée au pied du lit de telle sorte que son axe est situé à trois centimètres environ au-dessus du plan de la table, correspond aux poulies à faible diamètre généralement fournies par les fabricants d'instruments à l'administration des hôpitaux. Les poids (sauf dans deux des expériences suivantes) sont déposés dans un plateau dont le poids est de 2,600 et quelques grammes; nous avons donc ajouté en chiffres ronds 2 kil. 500 à la somme des poids qui effectuent en réalité la traction.

Expérience I. — Si nous supposons le cas le plus simple d'appareil extensif, le membre droit repose directement sur la table de bois. On n'interpose aucune toile ou linge.

Il faut noter que la table est légèrement humide et que cette circonstance augmente un peu, croyons-nous, l'adhérence du membre.

Le chevauchement produit est de 22 millimètres. Nous avons dit qu'il était latéral.

Pour une traction de	3 kil.	la réduction est de	4 m/m
—	4 kil.	—	5 m/m
—	5 kil.	—	7 m/m
—	6 kil.	—	8 m/m 5
—	8 kil.	—	9 m/m 5
—	10 kil.	—	10 m/m 5
—	11 kil.	—	10 m/m 5
—	13 kil.	—	11 m/m 5
—	15 kil.	—	14 m/m 5
—	17 kil.	—	15 m/m 5
—	18 kil.	—	15 m/m 5
—	20 kil.	—	17 m/m 5
—	24 kil.	—	19 m/m (1)

Nous avons pu contrôler l'expérience en produisant un chevauchement de 22 m/m et en appliquant d'emblée une traction de 24 kilogr, le chevauchement se réduit à 3 m/m. chiffre qui correspond bien avec celui de l'expérience précédente.

Expérience II. — Le sujet est couché sur d'épaisses toiles d'emballage qui forment matelas et sont recouvertes d'un drap de lit des hôpitaux; le membre est laissé à nu.

Les pieds de la table sont élevés de 10 c/m du sol. Le chevauchement est de 22 m/m. Ce sont donc les conditions d'une fracture avec peu de chevauchement traitée dans un appareil qui augmente peu le frottement un plâtre par exemple (2).

Pour une traction de	5 kil. 500	la réduction est de	3 m/m
—	6 kil. 500	—	5 m/m
—	7 kil. 500	—	6 m/m
—	8 kil. 500	—	6 m/m
—	10 kil. 500	—	7 m/m
—	12 kil. 500	—	9 m/m
—	13 kil. 500	—	9 m/m

(1) Ces chiffres, comme tous les suivants, sont ceux que nous avons observés au cours de l'expérience: ainsi que nous l'avons dit plus haut, de nombreuses causes font que dans les expériences de contrôle ils peuvent être ou supérieurs ou inférieurs; l'écart ne saurait être considérable et l'approximation est suffisante pour les conclusions que nous tirons de cette étude.

(2) La traction faite sur les appareils de Scultet par beaucoup de chirurgiens paraît au premier abord peu favorable si la fracture n'est point réduite au préalable et si l'on s'en remet à la traction du soin de la réduction, car celle-ci doit toujours être entravée par la contention des fragments en mauvaise position du fait de l'action compressive de l'appareil.

fois se verraient astreints à conserver pendant 30 ans leurs quittances de dentistes;

« Que les conséquences de ce système seraient d'autant plus graves que, le plus souvent, les dentistes ne donnent même pas de quittances au moins pour les opérations chirurgicales;

« Attendu qu'en dehors des opérations chirurgicales rentrant dans l'exercice de leur profession et leur donnant droit à des émoluments dont le recouvrement est évidemment soumis à la prescription de l'art. 2272, les dentistes achètent en gros des marchandises, qu'il revendent en détail à leurs clients, pour leur usage personnel;

« Que, pour le recouvrement du prix de ces marchandises, qu'il est d'usage de payer sans un long retard, les dentistes sont évidemment soumis à la prescription annale de l'art. 2272, comme les autres marchands qui vendent aux particuliers non marchands;

« Attendu, dès lors, que toutes les factures, réclamées par la dame Vve George à Manby, rentrant dans l'exercice de la profession de dentiste et se rapportant soit à des opérations chirurgicales licites, soit à la vente de marchandises en détail pour l'usage personnel de Manby, tombent sous l'application de l'art. 2272 du Code civil;

« Par ces motifs, déclare prescrite la créance de la dame Vve George;

« En conséquence dit sa demande mal fondée et la condamne aux dépens. »

Certes, les raisons de décider sont les mêmes pour les dentistes que pour les médecins, puisque les brèves prescriptions ont pour cause l'usage dans lequel on est de payer généralement les dettes qui en sont l'objet, soit immédiatement, soit dans un très court délai et même la plupart du temps sans en tirer reçu; mais on sait aussi que les courtes prescriptions (comme les privilèges et certaines autres matières), sont ce que l'on appelle de *droit étroit*, c'est-à-dire non susceptibles d'être étendues, par voie d'analogie, aux cas que la loi n'a point formellement prévus. Or, il paraît bien que l'art. 2272, eu égard à sa teneur, n'a entendu parler que de ceux qui méritent la qualification légale de médecins, chirurgiens ou apothicaires, c'est-à-dire les docteurs en médecine ou en chirurgie, officiers de santé, sages-femmes et pharmaciens régulièrement reçus ou diplômés. Ce n'est évidemment point le cas des dentistes. Et c'est là une interprétation que ne saurait faire écarter la comparaison chronologique de nos lois, puisque le titre du Code civil sur la prescription est de l'an XII, c'est-à-dire de date postérieure aux lois de ventôse et de germinal XI qui ont réglementé les grades et conditions pour l'exercice des professions de médecin, chirurgien et pharmacien. D'ailleurs si l'on ne reste dans

—	15 kil. 500	—	11 m/m
—	17 kil. 500	—	11 m/m 5
—	19 kil. 500	—	13 m/m
—	20 kil. 500	—	13 m/m 5
—	22 kil. 500	—	15 m/m 5
—	26 kil. 500	—	17 ou 17 m/m 5
—	27 kil. 500	—	17 m/m (1)

Si l'on veut bien comparer l'expérience I, on verra combien influe le frottement du membre sur les draps pour diminuer l'effort de la traction, obstacle qui se produit au maximum sur les lits matelassés des hôpitaux.

Expérience III. — Dans l'expérience suivante nous avons réalisé à peu de choses près le dispositif où le membre est soulevé du plan du lit, par conséquent où il ne frotte pas par toute son étendue et où il est déposé sur un hamac, celui-ci n'étant pas mobile lui-même et servant somme toute de gouttière. Deux billots sont placés sur la table, sur chacun d'eux nous clouons les bords d'une serviette modérément tendue qui supportera le membre. Le chevauchement produit est toujours de 22 millim.

Pour une traction de	2 kil. 500	la réduction est de	3 m/m
Pour une traction de	3 kil. 500	la réduction est de	4 m/m
—	4 kil. 500	—	6 m/m
—	5 kil. 500	—	7 m/m 1/2
—	6 kil. 500	—	8 m/m 1/2
—	7 kil. 500	—	10 m/m
—	8 kil. 500	—	10 m/m 1/2
—	9 kil. 500	—	11 m/m 1/2
—	10 kil. 500	—	12 m
—	12 kil. 500	—	13 m/m
—	13 kil. 500	—	13 m/m 1/2
—	14 kil. 500	—	13 m/m 1/2
—	15 kil. 500	—	13 mm 1/2
—	16 kil. 500	—	14 m/m 1/2
—	17 kil. 500	—	16 m/m
—	18 kil. 500	—	16 m/m
—	19 kil. 500	—	16 m/m
—	20 kil. 500	—	17 m/m
—	21 kil. 500	—	17 m/m
—	22 kil. 500	—	17 m/m
—	23 kil. 500	—	17 m/m 1/2
—	24 kil. 500	—	17 m/m 1/2
—	25 kil 500	—	17 m/m 1/2
—	26 kil. 500	—	17 m/m 1/2

(1) Aussi croyons-nous peu à la réduction complète d'une fracture sous l'influence d'une traction de 6 kilogr. « Quant à la réduction elle est effectuée par le fait même de la mise en place de l'appareil » !!! Ricard, *Fractures*, page 546.

Les chiffres que nous donne cette expérience sont intéressants; on remarquera que par les faibles poids la réduction est supérieure à celle qui se produit dans les deux expériences précédentes par les poids correspondants; mais ce n'est point le membre qui se déplace sur la gouttière: c'est celle-ci qui se déplace légèrement en se tendant vers la poulie; lorsque la tension de la serviette est au maximum, le membre ne glisse plus, très adhérent qu'il est au linge qui lui fait gouttière: et il en résulte que la gouttière ne pouvant plus se tendre les poids ne produisent plus à partir de 16 kilogr. environ, un excédent sur les poids correspondants des expériences précédentes et que finalement l'approximation de la réduction devient moins grande.

Expérience IV. — Enfin nous avons cherché à supprimer à peu près tout frottement en passant sous la cuisse et sous la jambe deux cordelettes qui soulèvent le membre à la hauteur du plan passant par la poulie. Ces cordelettes étant fixées sur les objets voisins et latéralement par rapport à la table qui supporte le sujet *n'ont pas très grande mobilité* et nous avons remarqué depuis, grâce à des expériences subséquentes, qu'il eût été préférable de soulever le membre avec deux anses de cordelette dont les quatre chefs se seraient réunis et auraient été fixés au-dessus du sujet, au chambranle d'une porte par exemple, l'appareil présentant ainsi beaucoup plus de mobilité. Nous n'avons pu plus tard répéter cette expérience, car pour la comparer à celles de la série que nous avions déjà obtenue, il eût fallu agir sur le même membre et dans les mêmes conditions et nous avions été obligés de le détacher pour d'autres expériences. Néanmoins les chiffres que nous avons obtenus sont intéressants, les voici (le chevauchement initial est de 22 millim.) :

Pour une traction de	5 kil. 500	la réduction est de	4 millim. 5
—	6 kil. 500	—	6 m/m 5
—	7 kil. 500	—	8 m/m
—	8 kil. 500	—	9 m/m
—	9 kil. 500	—	11 m/m 5
—	10 kil. 500	—	12 m/m
—	12 kil. 500	—	15 m/m
—	13 kil. 500	—	15 m/m
—	15 kil. 500	—	16 m/m

cette limite, où s'arrêter? Sans parler de ceux qui exercent illégalement la médecine et qui, eux, ne sauraient avoir aucune espèce d'action, pour la rémunération de leurs peines et soins, faudra-t-il aller jusqu'à décider que l'action de ceux qui, de l'avis de la jurisprudence n'exercent pas plus illégalement la médecine que les dentistes (comme les *pédicures*, les *manicures*, les *masseurs*, les *ventouseurs*, etc.), devra être soumise à la prescription annale de l'art. 2272, à moins que l'on admette qu'ils rentrent dans la catégorie des gens de travail dont la demande, pour le paiement de leurs journées, fournitures et salaires serait prescriptible par 6 mois seulement? Si l'on peut faire rentrer dans cette catégorie les *infirmiers* et *garde-malades*, par exemple, il paraît bien difficile d'en dire autant de ceux dont les industries viennent d'être indiquées. A ce propos disons que le jugement rendu par la 7e chambre du tribunal de la Seine, le 24 janvier 1890, a formellement décidé qu'en tous cas le *dentiste* ne pouvait être classé parmi les ouvriers et gens de travail dont l'action se prescrit par 6 mois seulement.

On ne peut méconnaître combien seraient regrettables les conséquences d'une doctrine qui traiterait plus favorablement ceux qui n'ont aucun diplôme que ceux qui en sont nantis, mais enfin au nom des principes généraux du droit, il faut cependant bien se résoudre à appliquer une loi tant qu'elle existe et telle qu'elle existe.

Il faut se hâter d'ajouter que le nouveau projet de loi sur l'exercice de la médecine, en astreignant les dentistes à l'obtention d'un diplôme ou brevet, les assimile aux médecins en ce qui concerne la prescription dont le délai serait porté d'un an à cinq ans. Il y a longtemps que, pour notre compte nous avons demandé, dans l'intérêt général, l'établissement de courtes prescriptions libératoires, en presque toutes matières, ce qui ne nous empêche, tout en estimant que la prescription annale actuellement applicable à la créance des médecins est par trop brève, de juger excessif de la porter ainsi du coup à 5 ans. Deux ou trois ans, en toutes matières, ne serait-ce pas largement suffisant, pour des dettes que, dans l'usage on acquitte, ou que l'on devrait au moins prendre l'excellente habitude d'acquitter très promptement (honoraires d'architectes, mémoires d'entrepreneurs sans marché ni forfait, etc., etc.)? Le créancier qui attend trop longtemps avant de présenter sa réclamation, a bien aussi certains

	17 kil. 500	—	18 m/m
	19 kil. 500	—	19 m/m
	20 kil. 500	—	20 m/m
	22 kil. 500	—	21 m/m
	26 kil. 500	—	22 m/m
	27 kil. 500	—	22 m/m

Ainsi qu'on pouvait s'y attendre et malgré la défectuosité de l'appareil de suspension contraire aux règles de la mécanique, nous obtenons une réduction supérieure à celle des expériences précédentes : il nous est dès maintenant permis de soupçonner les avantages que l'on peut retirer des appareils hyponarthéciques (1) avantages sur lesquels nous reviendrons plus longuement.

Expérience V. — Déterminant ensuite la part de perte qui peut provenir du fait que chez le vivant la traction est opérée non plus directement sur le membre, mais sur les bandelettes de diachylon qui l'entourent, en d'autres termes sur la peau et sur le squelette osseux, nous réalisons l'attitude de la traction du membre en extension sur le vivant; la table reste horizontale, la contre-extension est assurée par une fixation immuable du tronc par des liens, le membre est entouré de bandelettes de diachylon à anses plantaires retenues par des circulaires de diachylon.

Le raccourcissement produit est de 22 millim., le membre repose sur des draps matelassés.

Pour une traction de	3 kil. 500	la réduction est de	1/2 m/m
—	4 kil. 500	—	1/2 m/m
—	5 kil. 500	—	1 m/m 1/2
—	6 kil. 500	—	3 m/m
—	7 kil. 500	—	4 m/m 1/2
—	8 kil. 500	—	6 m/m
—	9 kil. 500	—	6 m/m 1/4
—	10 kil. 500	—	7 m/m
—	11 kil. 500	—	9 m/m
—	12 kil. 500	—	9 m/m 1/2
—	13 kil. 500	—	10 m/m 1/2
—	14 kil. 500	—	10 m/m 3/4
—	15 kil. 500	—	10 m/m 3/4
—	16 kil. 500	—	12 m/m
—	17 kil. 500	—	13 m/m 1/2
—	18 kil. 500	—	14 m/m
—	19 kil. 500	—	14 m/m 1/4
—	20 kil. 500	—	14 m/m 1/4
—	21 kil. 500	—	15 m/m
—	22 kil. 500	—	17 m/m
—	23 kil. 500	—	18 m/m
—	24 kil. 500	—	19 m/m 1/2
—	25 kil. 500	—	19 m/m 1/2
—	26 kil. 500	—	20 m/m 1/2
—	27 kil. 500	—	21 m/m (1)

(1) Nous rangeons sous cette dénomination les appareils à suspension, bien que étymologiquement le mot ait une autre acception.

Il n'y a pas à insister sur ces chiffres : on remarquera seulement que si les premiers efforts de traction sont surtout employés à produire le glissement de la peau et sa tension ainsi que celle des bandes de diachylon, la traction est bientôt égalisée et sensiblement égale (2) à la traction directe sur un lac intra-plantaire qu'elle dépasse même pour les poids plus importants (v. expérience II) peut-être à cause de l'élévation des pieds du lit mentionnée dans cette expérience II et qui augmente la force d'inertie du membre qu'il faut alors faire progresser sur un plan incliné ascendant.

(*A suivre.*)

REVUE DE PHARMACOLOGIE ET DE TOXICOLOGIE

Suite (3).

VI. — Un cas d'intoxication par le calomel, par le Dr A. Pollak. (*Therapeutische Monatshefte*, février 1891, fasc. 2, p. 164.)

VII. — Un cas d'intoxication aigue mortelle par l'alcool, par le Dr Bottrich. (*Ibidem*, p. 164.)

VIII. — Un cas d'empoisonnement par l'hydrogène arsénié, par le Dr Schickhardt, (*Munchner medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 2.)

IX. — Un cas d'empoisonnement grave par le gaz d'éclairage, guéri au moyen d'injections sous-cutanées de nitroglycérine, par le Dr R. Hoffmann. (*Allgemeine medicin. Central-Zeitung*, 1891, n° 13.)

X. — Un cas d'empoisonnement par le bromoforme, par le Dr Sachs. (*Therapeutische Monatshefte*, décembre 1890, fasc. 12, p. 641.)

Idem, par le Dr Pannwitz. (*Ibidem*, janvier 1891, fasc. 1, p. 59.)

XI. — Sur la prétendue signification des coagulations intra-vasculaires comme cause de mort dans les cas d'empoisonnement par l'aniline, par le chlorate de potasse et par le sublimé, par le Dr W. Falkenberg. (*Virchow's Archiv.*, *t.* 123, *fasc.* 3, *p.* 567, 1891.)

VI. — M. Pollak donnait des soins à une femme affectée

(1) Nous ferons remarquer que dans ces cinq premières expériences nous n'avons pu obtenir la réduction totale de la fracture, malgré l'importance de la traction appliquée ! Qu'eût-ce été si les muscles avaient pu réagir.

(2) C'est à cette conclusion qu'arrive M. Hennequin, mais il fait remarquer que sur le *vivant* il y a là une cause de perte de la traction.

(3) Voir le numéro précédent.

torts et, en somme, les mauvais payeurs sont les seuls à ne point s'en plaindre.

Voilà pour les honoraires proprement dits. Quant aux fournitures d'appareils et médicaments faites par les médecins ou dentistes, à leurs clients, tandis qu'un arrêt de cassation du 19 juin 1882 (Sirey 84-1-21) et le jugement de justice de paix du 20 septembre 1889 ci-dessus cité les déclarent non prescriptibles par un an, le jugement de la 7e chambre du tribunal de la Seine en date du 24 janvier 1890, tout en admettant la prescription trentenaire pour les honoraires proprement dits, les déclare soumises, quand elles émanent des dentistes, à la prescription annale non plus du § 1er mais du § 3 de l'art. 2272, comme faites par des marchands à des particuliers non marchands. Ne serait-il pas plus exact de dire qu'en principe les dentistes et surtout les médecins, même quand ils vendent accessoirement certains appareils ou médicaments, ne peuvent jamais être considérés comme des marchands, mais que, l'accessoire suivant le sort du principal, l'action en paiement de leurs fournitures sera toujours prescrite par le même laps de temps que leurs honoraires et soins, c'est-à-dire par 30 ans pour les dentistes et un an pour les médecins, ou par un an pour tous si l'on se range au dernier système suivi par la 7e chambre du tribunal de la Seine?

Quant au dernier jugement de cette chambre, il décide, comme on l'a vu, que l'action en paiement des fournitures faites par les dentistes se prescrit par un an, conformément au § 3 de l'art. 2272.

(*A suivre.*) A. Léchopié.

d'une angine. Il ne l'avait pas revue depuis le 20 juillet (1888), lorsqu'il fut rappelé auprès d'elle quatre jours plus tard. La malade lui raconta qu'elle n'était pas allée à la selle depuis trois jours, malgré qu'elle eût pris deux lavements. Le médecin prescrivit de l'hydromel et une infusion de rhubarbe (parties égales). Le jour suivant la malade n'avait pas été à la selle; prescription : calomel, 0,40 centigrammes, à prendre en trois fois, à deux heures et une heure et demie d'intervalle; recommandations d'usage (abstinence des mets acides, etc.). Le médecin fut rappelé dans l'après-midi; la malade avait absorbé 30 centigrammes de calomel, et elle avait bu deux verres de limonade. Elle se plaignait de violentes coliques, de soif, d'un mauvais goût dans la bouche. Ventre très tendu. Puis la malade fut prise de vomissements et de diarrhée; elle rendit par le bas, des matières liquides, teintées de sang. T. S. 38°5; pouls, petit, dépressible, 110.

Le jour suivant, 26 juillet, T. 38°,3 et 40°, P. 100. La diarrhée persistait avec ténesme douloureux; soif très vive; langue chargée; gencives tuméfiées. Respiration superficielle. Le ventre était ballonné, douloureux à la palpation. Dans la nuit, léger collapsus.

Le 27 juillet, T. 39°,1 et 40°,3. Les douleurs abdominales sont très violentes. La quantité d'urines était au-dessous de la normale, 400 cc.; pas d'albumine, pas de sucre, éructations fréquentes. Douleurs dans la bouche. La muqueuse du palais était rouge; les ganglions sous-maxillaires étaient engorgés, douloureux.

Le 28 juin, T. 39°,2 et 40°,4; les deux incisives médianes du maxillaire inférieur ne tenaient plus que lâchement dans leurs alvéoles. Sur la muqueuse de la joue gauche on découvrait une ulcération profonde, avec dépôt lardacé, et plusieurs autres érosions disséminées.

Le 29 juillet, T., 38°,5 et 39°,8. La malade n'avait pas été à la selle, la veille. Plus de douleurs abdominales, plus d'éructations. La soif était moins vive. Urines 750 cc. Dans l'après-midi, selle molle, avec légères douleurs de ventre.

Le 30 juillet, T., 37°,8 et 39°,1. La malade se sent très faible, mais ne souffre plus, sauf dans la bouche. Elle était complètement rétablie le 8 août.

Le traitement a consisté dans l'ingestion d'eau glacée et de lait, au début; plus tard, teinture d'opium (1 partie dans 10 parties d'eau, à prendre douze gouttes toutes les heures). A partir du 27 : extrait aqueux de budenum, 0,05; eau, 200, à prendre deux cuillerées à bouche toutes les heures. A partir du 1er août, lavages de la bouche, avec une solution de permanganate de potasse, badigeonnages des gencives avec un mélange à parties égales de teinture de ratanhia et de teinture de noix de galle.

VII. — Un garçon de 4 ans 1/2 avait absorbé en secret environ un quatre de litre d'eau-de-vie. Peu d'instants après, il fut pris de vertige; on le coucha. Cela se passait vers 2 heures de l'après-midi. Vers le soir, l'enfant vint en proie à des convulsions, qui, dans la nuit, devinrent tellement violentes qu'il fallut appeler le médecin. Celui-ci arriva à 1 heure 1/2 du matin; il trouva l'enfant dans l'état suivant : coma, convulsions; la tête était chaude; sur le reste du corps, la peau était froide; pouls raleuti; pupilles moyennement rétrécies. Le médecin prescrivit l'application d'une vessie de glace sur la tête, et des applications chaudes sur le reste du corps, un laxatif, des excitants, et des inhalations d'ammoniaque.

Jusqu'au lendemain matin, la peau se maintint chaude, le pouls accéléré; les convulsions ne se reproduisirent qu'à des intervalles assez éloignés; le coma persista. T., 39°,5-40°. Les pupilles réagissaient à la lumière. Cet état se maintint sans grand changement jusqu'au troisième jour après l'ingestion de l'alcool. Les convulsions affectaient surtout le caractère clonique, agitant les muscles des membres et ceux de la face; nystagmus horizontal. Par moments, spasme tonique des muscles qui font mouvoir la tête en dehors, en arrière et en haut; en même temps, les globes oculaires se déviaient fixement en dehors et en haut. Pendant un de ces accès, qui dura environ cinq minutes, et que l'auteur attribue à un accroissement passager de la pression intra-cranienne, la fréquence des mouvements respiratoires s'éleva de 58 à 8), et la fréquence du pouls de 160 à 190.

Puis le petit malade présenta les signes d'une œdème pulmonaire, qui l'emporta en quelques heures. L'autopsie n'a pu être faite.

VIII. — Chez le malade de Schickhardt, un chimiste, les symptômes de l'empoisonnement par l'hydrogène arsénié ont été : des nausées, de l'oppression, une faiblesse extrême, une sensation d'angoisse, de vide dans la tête, l'impossibilité d'appliquer la pensée, des sensations de chaleur et de froid, qui parcouraient tout le corps, un goût fade, doucereux, dans la bouche. Le malade se voyait en péril de mort. Il avait le teint blafard, les lèvres, les paupières et les ongles cyanosés, les traits tirés. Les pupilles réagissaient encore. La langue était couverte d'un enduit sale. Tout le corps était couvert d'une sueur froide, visqueuse. P., 120. Grande agitation; mais le malade conservait la raison. Quand le médecin fut appelé auprès de lui, on n'était pas encore fixé sur la nature du toxique. Prescription : séjour dans une chambre bien aérée; tête basse; enveloppement du corps dans des draps chauds; vessie de glace sur la tête et sur la région précordiale. Administration interne de champagne glacé et d huile de ricin.

Plus tard, on apprit que l'empoisonnement avait été causé par l'inhalation du gaz hydrogène arsénié qui s'était dégagé alors que le malade avait fait réagir de l'acide acétique glacial sur du zinc du commerce.

Dans le courant de l'après-midi, la cyanose se dissipa, le pouls redevint plus ferme. Température interne subnormale (36°,5); céphalalgie. Retour de l'appétit.

Les conjonctives étaient légèrement subictériques. Le malade rendit une petite quantité d'urine sale, de couleur brune. Le malade se plaignait toujours de l'impossibilité où il était de maîtriser sa pensée. On constata que la teinte de l'urine était en rapport avec la présence de l'hémoglobine dans ce liquide.

Après quelques jours de bien-être relatif, le malade tomba dans des accès de collapsus; il se fit admettre à l'hôpital où on le soumit à un régime reconstituant et à l'application continue d'une vessie de glace sur la région précordiale. Au bont de dix jours, il était complètement rétabli.

En parcourant les publications médicales des vingt-cinq dernières années, l'auteur n'a pu découvrir que 7 exemples d'empoisonnements par l'hydrogène arsénié; mêmes symptômes que dans le cas relaté ci-dessus.

IX. — R. Hoffmann a été appelé à donner des soins à une actrice âgée de 30 ans, qui était en état de mort apparente; elle était sous le coup d'un empoisonnement grave par le gaz d'éclairage. Elle avait la face blême, les extrémités refroidies, l'écume à la bouche, une sueur froide sur le front. Les attouchements de la cornée ne provoquaient plus de réaction. Le pouls, filiforme, était à peine perceptible, intermittent; la respiration était superficielle, ralentie.

Le médecin fit placer la malade de telle sorte que la tête occupât un niveau élevé ; il maintint les mâchoires écartées, débarrassa la bouche de l'écume et du mucus qui la remplissaient. Il fit, de plus, des injections d'éther (4 grammes) en différentes régions du corps. L'état de la malade ne se modifia pas. M. Hoffmann fit ensuite une injection de nitro-glycérine (1 milligramme) dans la région précordiale. Déjà au bout d'une demi-minute le pouls gagnait en force, la respiration devenait plus ample, et la malade fit entendre un cri. La cornée réagissait de nouveau aux attouchements. Au bout d'une demi-heure, la malade entr'ouvrit les paupières, puis elle retomba dans un état de profonde stupeur. Le pouls était cependant plus vigoureux et régulier. Au bout d'une heure, on put faire avaler à la malade plusieurs grandes cuillerées de café fort. Dans l'après-midi, elle revint à elle. Elle éprouvait encore de la lourdeur de tête ; elle était très abattue et elle avait des nausées. Elle s'est rétablie.

Pour l'administration de la nitro-glycérine, M. Hoffmann conseille l'emploi de tablettes comprimées contenant chacune un demi à un milligramme de substance active, et qu'on fait dissoudre dans la quantité voulue d'eau, au moment de faire l'injection.

X. — L'observation de Sachs concerne un enfant de 4 ans, affecté de la rougeole. Le médecin lui avait prescrit du bromoforme, à prendre trois fois par jour 3 gouttes. Attiré par le goût sucré du liquide, l'enfant avala d'un trait 1 gr. 5 de la drogue, puis il se mit tout à coup à pâlir et à tituber. Le médecin mandé en toute hâte, trouva l'enfant couché dans le lit, sans vie, la figure cadavérique, les pupilles dilatées à leur maximum, ne réagissant plus, les lèvres cyanosées, le pouls imperceptible, les extrémités froides. Injection d'éther, de la valeur du contenu d'une seringue de Pravaz, bain tiède, affusions froides sur la poitrine et le dos. Après quoi on pouvait de nouveau percevoir le pouls. A la suite d'une seconde injection d'éther, l'amélioration fit encore des progrès. Une heure après l'enfant répondait aux questions qu'on lui adressait, et le lendemain il était complètement rétabli.

— Les choses se sont passées d'une façon analogue chez le petit malade de Pannwitz, un enfant de 4 ans 1/2, qui absorba d'un trait la quantité de bromoforme prescrite par le médecin. Peu de temps après l'enfant titubait comme s'il avait été en état d'ivresse, il prononçait des paroles incohérentes et manifestait une grande tendance à s'endormir. Puis il se mit à grincer des dents ; ses bras étaient agités de mouvements convulsifs. La mère remarqua que les mains de l'enfant étaient devenues froides et qu'on ne sentait plus le pouls ; vingt minutes environ après l'absorption du toxique, le médecin trouva l'enfant dans l'état suivant : peau pâle, lèvres et oreilles violacées, extrémités refroidies, mouvements respiratoires à peine perceptibles, contractions cardiaques très faibles, irrégulières, très rapides ; on ne percevait plus de pouls radial. La sensibilité superficielle était complètement abolie. Les attouchements de la cornée ne développaient plus de réaction. Pupilles dilatées, ne réagissant plus.

On commença par pratiquer la respiration artificielle. Puis le malade se remit à respirer spontanément; les contractions du cœur gagnèrent en énergie. Au bout d'une heure environ on pouvait de nouveau percevoir le pouls radial (156). Deux heures environ après l'ingestion du toxique, l'enfant se réveilla subitement, il regarda tout étonné autour de lui, et but avidement du café qu'on lui présenta. Quelques heures plus tard il était redevenu gai et manifestait un grand appétit. Pendant vingt-quatre heures son haleine répandit l'odeur du bromoforme ; augmentation sensible de la quantité des urines, diarrhée.

On calcula que l'enfant avait dû absorber tout au plus de 20 à 30 gouttes de bromoforme. A noter que cette intoxication intercurrente a été sans influence aucune sur la marche de la coqueluche.

XI. — Les recherches de Falkenberg, faites sous la direction du prof. Marchand, de Marburg, ont eu pour but de contrôler les assertions émises dans ces derniers temps par différents auteurs, par Silbermann entre autres, relativement au mécanisme de la mort causée par certains toxiques. On a prétendu que ces toxiques, parmi lesquels le chlorate de potasse, tuent en provoquant des coagulations intra-vasculaires.

M. Falkenberg a expérimenté avec l'aniline, le chlorure de sodium et le sublimé. Il a constaté que l'aniline détermine chez les animaux une paralysie rapidement mortelle, et qu'à l'autopsie on trouve partout dans le corps un sang noir, liquide, mais pas de traces de caillots dans le cœur, dans les gros vaisseaux et dans les capillaires. La mort est imputable à l'action du sang sur le système nerveux.

De même, dans les cas d'empoisonnement aigu par le chlorate de potasse, il n'y avait pas non plus de thrombus dans les gros vaisseaux et dans les capillaires. La mort est attribuée par Falkenberg à une altération des globules rouges et à une insuffisance consécutive de l'absorption d'oxygène.

Enfin dans les cas d'intoxication aiguë par le sublimé, où les animaux ont succombé à un collapsus subit, on n'a point trouvé d'autres altérations organiques que de légères hémorrhagies pulmonaires. Il n'y avait pas notamment de coagulations intra-vasculaires ; le sang était liquide dans tous les organes. Ces coagulations faisaient également défaut à l'autopsie des animaux qui avaient succombé à une intoxication subaiguë.

— Dans une réplique à Falkenberg, Silbermann (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 29, p. 899), conteste la validité des conclusions formulées par son contradicteur.

E. Ricklin.

REVUE DE BACTÉRIOLOGIE

Suite (1)

III. — Les infections biliaires. — *Étude bactériologique et clinique*, par E. Dupré, chez Steinheil, 1891. — Thèse de doctorat; Paris.

On sait le rôle que les physiologistes les plus anciens ont fait jouer à la bile, dans les phénomènes normaux ou morbides de la vie. Aussi toutes les propriétés physiques et chimiques de la bile ont-elles été étudiées de tout temps ; son étude bactériologique, par contre, est un chapitre complètement nouveau et d'un grand intérêt.

La bile à l'état normal renferme-t-elle des microbes ? Tel est le premier point à mettre en relief, et qui doit servir de base aux recherches sur les infections biliaires. Si l'on considère que la bile est un produit de sécrétion de la glande hépatique, on pourra soupçonner d'ores et déjà que, bien qu'elle se déverse dans un conduit riche en germes — le tube digestif — elle en est elle-même complètement exempte. Les recherches de Duclaux ont montré, en effet, que les parenchymes glandulaires et les canalicules les plus reculés, sont complète-

(1) Voir le numéro 28.

ment privés de microorganismes. Les conduits excréteurs participent eux-mêmes à cette propriété, sauf sur une petite longueur près de leur point d'abouchement, deux ou trois centimètres environ, à partir de la muqueuse digestive.

Seule, l'entrée du canal excréteur est donc infectée.

L'examen bactériologique que M. Dupré a fait de la bile dans un certain nombre de cas, lui a montré le bien fondé de cette hypothèse.

L'examen lamellaire direct a été toujours négatif; les cultures qu'il a faites sont toujours restées stériles. Quant aux inoculations aux animaux, faites dans le tissu cellulaire, dans la plèvre, dans le péritoine, elles n'ont été suivies d'aucun accident, ni local, ni général. Ce fait qui confirme les recherches de M. Dastre sur l'innocuité des épanchements de bile dans le péritoine et dans les tissus est de la plus haute importance en pathologie humaine.

On sait d'ailleurs en clinique que les épanchements traumatiques de bile dans le péritoine sont suivis d'accidents ou au contraire sont indifférents, selon que les voies biliaires sont malades ou non. Dans le premier cas, elles sont préalablement infectées, et le danger est uniquement là.

Il faut donc renoncer à l'idée de l'ancienne médecine, que le contact de la bile est funeste pour le péritoine. Ce n'est pas la bile — produit physiologique — qui est dangereuse, c'est la bile infectée, introduisant en même temps qu'elle dans la séreuse, des agents pathogènes qui amènent par leur action sur la séreuse une péritonite septique plus ou moins grave.

—Mais comment la bile, en continuité de chaque instant avec le contenu de l'instestin, peut-elle conserver un degré d'asepsie suffisant? Il est peut-être difficile, pour l'instant, de donner de ce fait une explication satisfaisante. En dehors des conditions de développement ou de résistance à l'invasion des microbes, conditions que créent et la structure même des conduits biliaires avec leur propriété physiologique propre, et les qualités aseptiques elles-mêmes de la bile, on peut aussi, avec M. Dupré, invoquer peut-être le mode d'abouchement du conduit excréteur dans l'intestin, la disposition des tuniques musculaires de l'intestin, qui forment à ce niveau un véritable sphincter, et enfin le rétrécissement du canal cholédoque dont la lumière à l'état de repos est effacée et la cavité virtuelle.

Les infections biliaires ayant pour origine les microbes du duodénum, il est du plus haut intérêt de savoir quels sont ceux qu'on y rencontre le plus habituellement. Ces recherches, faites par Miller, Escherich, W. Vignal, etc., ont révélé la présence de plusieurs espèces pathogènes. Gessner, plus récemment, et Dupré, sont arrivés aux mêmes conclusions. Il faut y relever la présence :

Du bacterium coli commune;

De deux staphylocoques, blanc et orangé;

D'un streptocoque que Gessner avait appelé streptococcus pyogènes duodenalis, mais qui se rapproche du streptocoque pyogène ordinaire.

— Par quelle *voie* se fait l'infection hépatique? Quatre sont possibles et peuvent suivre;

Le système lymphatique,

Le système artériel,

Le système veineux,

Le système biliaire.

En réalité l'infection peut être et est souvent mixte et parmi les modes de celle-ci, il en est qui offrent une importance plus ou moins grande. C'est ainsi que la voie lymphatique et péritonéale n'a pas, dans les infections hépatiques, le rôle prépondérant qu'elle a dans d'autres viscères, et ce par suite de l'indépendance du réseau lymphatique de l'intestin, qui reste la grande source des infections biliaires.

C'est presque toujours par le sang qu'arrivent les microbes pathogènes, l'artère hépatique amène les agents des septicémies, la veine apporte les microbes de l'intestin, ainsi naissent pour les premiers les abcès de la pyébomie, pour les seconds, entre autres, les abcès dysentériques. La voie artérielle et la voie veineuse peuvent servir à la fois à un même microbe, — la tuberculose par exemple —; selon la forme que revêt la maladie primitive.

Mais, dans tous ces cas, l'infection hépatique n'est qu'un phénomène secondaire dans l'infection générale. Il n'en est plus de même. si elle se fait par les voies biliaires seules. Ce sont surtout ces cas que M. Dupré a eu pour but de décrire dans sa thèse.

Il est important, dès l'entrée, de distinguer le cas où les voies biliaires sont saines, de ceux dans lequel elles sont le siège de lésions mécaniques, calculs, tumeurs, etc.. — Dans le premier cas l'infection biliaire est *primitive*, elle survient soit comme une maladie spontanée, soit comme une complication dans le cours d'une autre maladie, ou à sa suite. Les infections biliaires du premier de ces deux groupes comprend la série des ictères infectieux, celles du second les infections biliaires compliquant les maladies générales — l'angiocholite de la fièvre typhoïde, par exemple. Elles peuvent avoir une marche aiguë, mais à côté d'elles, on peut ranger des infections du même ordre à marche chronique, comprenant les ictères chroniques.

Les infections biliaires secondaires peuvent être, elles aussi, aiguës ou chroniques; elles sont consécutives aux obstructions biliaires, de quelque nature qu'elles soient.

— *Les infections primitives* forment une famille pathologique bien séparée, justiciable d'une description générale commune; ayant comme symptôme fondamental, l'ictère fébrile classique, — ictère infectieux de M. Chauffard, mais qui cependant peut manquer. A côté de lui se rangent les signes d'infection : fièvre à type continu rémittent, albuminurie, troubles digestifs, et dans quelques cas plus rares et plus graves les troubles nerveux et les hémorrhagies.

Ce groupe s'étend de l'ictère fébrile le plus léger à l'ictère grave fatal.

Selon le degré d'intensité de l'infection, on peut distinguer trois formes dans l'infection biliaire primitive aiguë :

Une légère, une moyenne, une grave. Et dans chacune de ces formes, on peut relever quatre périodes :

Une période *prodromique* pendant laquelle les phénomènes généraux coïncident avec des troubles gastro-intestinaux et laissent le diagnostic en suspens.

Une période d'*invasion* — ou *préictérique* — variant de deux à six jours, pendant laquelle le foie augmente de volume et se sensibilise, et des phénomènes généraux plus ou moins graves avec adynamie peuvent se montrer.

Une période *ictérique* ou période d'état, et enfin une période *de déclin* avec rechute possible. Dans la forme grave on retrouve les caractères cliniques et anatomiques qui avaient fait donner à la maladie le nom d'atrophie jaune aiguë du foie.

Les infections biliaires primitives peuvent, en dehors de cette marche aiguë, affecter une allure traînante : ce sont les infections biliaires primitives chroniques, au premier rang desquelles se range l'ictère catarrhal prolongé. M. Dupré y fait rentrer également certaines formes de cirrhose hypertrophique avec ictère qui aurait pour origine une angiocholite et une péri-angiocholite bactérienne. Cette hypothèse trouverait surtout des preuves dans la pathologie infantile. Chez les

enfants, en effet, dans les nombreux exemples de cirrhose hypertrophique signalés, on ne retrouve pas toujours l'étiologie banale des cirrhoses de l'adulte.

Mais on relève dans l'histoire de ces enfants des antécédents infectieux, souvent récents, tels que les fièvres éruptives, rougeole, scarlatine, qui, ainsi que Friedrichs, Wagner, Weigert l'ont montré, engendrent souvent une angiocholite, et une périangiocholite subaiguë des petits canaux.

On sait les propriétés aseptiques que possède la bile; or, les infections générales graves, surtout celles qui portent leur action sur l'intestin, déterminent des modifications importantes du côté de la secrétion biliaire, se traduisant par une diminution de la secrétion biliaire, hypocholie, qui favorise l'invasion des germes infectieux provenant de l'intestin. Ainsi donc se trouve réalisée, du fait de la maladie générale, les conditions favorables à l'infection des voies biliaires, soit que l'agent de la maladie primitive s'y installe et y crée des complications spécifiques et de même nature, soit que d'autres microorganismes y fassent irruption, déterminant alors une complication d'un autre ordre, véritable maladie surajoutée.

C'est ainsi que dans la fièvre typhoïde, les voies biliaires peuvent s'infecter par le bacille d'Eberth ou par le bacillus coli communis.

Le bilan anatomo-pathologique des infections biliaires primitives comprend une série de lésions qui, allant du simple catarrhe à la gangrène perforante, traduisent la variété des réactions histologiques répondant à la variété de chacun des agents pathogènes.

Mais ceux-ci ne suffisent pas, à eux seuls, à engendrer des lésions durables, dans les voies biliaires; l'expérience et la clinique démontrent la nécessité d'une altération antérieure de ces voies. C'est la combinaison de ces lésions antérieures du terrain et de la présence des bactéries qui réalise, en pathologie urinaire, l'infection secondaire du réseau excréteur.

Il existe, au début des lésions mécaniques, une période de rétention biliaire aseptique.

L'infection biliaire, moins fréquente et plus tardive dans les obstructions extrinsèques, complique surtout les obstructions intrinsèques, qui sont dues aux causes suivantes :

Les parasites, d'origine intestinale (helminthes) ou hépatiques (vésicules hydatiques); le caractère bactérifère des premiers en fait les agents très infectieux d'une sorte de cathétérisme septique des voies biliaires, et le caractère traumatique des seconds en fait des agents d'appel de l'infection intestinale dans les canaux dilatés par leur migration.

La lithiase, cause d'appel par excellence de l'infection biliaire secondaire, qui, dans ce cas, est influencée dans sa marche par l'état de l'organisme, de l'organe biliaire, des calculs, des traumatismes, des infections générales.

Enfin le cancer biliaire.

— Le principal symptôme des infections biliares secondaires est la fièvre, dont les modalités (types nerveux, éphémère, intermittent, rémittent) constituent les diverses manifestations de l'infection sanguine d'origine biliaire. La fièvre biliaire est à l'infection biliaire ce qu'est la fièvre urineuse à l'infection urinaire.

Au cours de l'infection sanguine d'origine biliaire, la rate peut être infectée, ainsi que le démontre la ponction de ce viscère.

L'infection biliaire peut s'accompagner d'hypothermie et se traduire par le syndrome de l'insuffisance hépatique.

L'infection biliaire secondaire apporte aux lésions mécaniques des modifications spécifiques de sa présence (lésions catarrhales, suppuratives, gangreneuses) qui aboutissent à l'ulcération et à la sclérose.

Cette infection peut déterminer des accidents qui résultent de son extension, hors des voies biliaires, aux organes voisins (complications locales), ou à l'organisme entier (complications générales).

Les complications locales comprennent l'infection du foie (abcès), de l'appareil pleuro-pulmonaire; celle des kystes hydatiques, qui sont un facteur d'appel et de gravité de l'infection biliaire; enfin, l'infection péritonéale, enkystée ou généralisée.

Les complications générales, conséquence de l'infection sanguine, peuvent atteindre l'endocarde (Netter et Martha), les méninges (Josias), entraîner la pyohémie.

Dans les infections biliaires, les constatations urologiques sont utiles au diagnostic et indispensables au pronostic. Elles permettent d'estimer, approximativement, la capacité biochimique et la valeur fonctionnelle de la cellule hépatique.

L'histoire naturelle des infections biliaires, en l'absence de documents bactériologiques, est à faire. Les bactéries pathogènes, que les examens de M. Dupré lui ont permis de constater dans les voies biliaires infectées, sont: le bacterium coli commune, le bacille typhique, un bacille trouvé dans une observation, un bacille encapsulé, des bacilles saprogènes liquéfiants, un streptococcus, le staphylococcus aureus, le staphylococcus albus, un diplococcus.

Les premiers résultats de ces recherches démontrent ce que le raisonnement permettait déjà de supposer :

Il n'y a pas une infection, mais des infections biliaires.

Dans les mêmes voies biliaires, cette infection peut être monobactérienne ou polybactérienne.

L'infection est, le plus souvent, d'origine intestinale.

(A suivre.) H. B.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITÉ DE MÉDECINE LÉGALE MILITAIRE, par E. DUPONCHEL, médecin-major de 1re classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce. — 1 vol. in-12. O. Doin, éditeur, Paris, 1890.

Le médecin d'armée n'a pas seulement à soigner des malades. Hygiéniste, épidémiologiste, administrateur, il est de plus appelé à prendre de rapides décisions dans le conflit des intérêts divers dont il a charge et doit se trouver préparé dans ce but à la pratique des expertises nécessaires pour éclairer le commandement dans l'application des lois, décrets et règlements militaires.

Cette partie de sa tâche, qui n'est pas une des moindres raisons de sa spécialisation professionnelle, méritait d'être largement exposée pour permettre aux médecins des hôpitaux et régiments de se rafraîchir en quelques instants la mémoire; aux stagiaires du Val-de-Grâce et aux élèves de l'École de Lyon de compléter et résumer les matières des conférences et des cours; pour rendre plus facile surtout l'initiation des confrères civils, qui au moment d'une mobilisation débordant les cadres actifs, risqueraient de se trouver fort embarrassés. Et nul n'était mieux préparé que M. Duponchel, en raison de sa situation d'agrégé à notre école d'application de médecine militaire, pour mener à bien une telle entreprise.

L'ouvrage qu'il nous présente comprend sept grandes divisions, où sont successivement étudiées les expertises relatives aux entrées et aux sorties de l'armée, à la répartition des militaires malades, à la discipline, à la vérification des sources alimentaires, aux maladies dissimulées et méconnues, aux

maladies simulées, à des questions diverses de déontologie et de responsabilité spéciales.

C'est par une visite médicale qu'on entre dans l'armée, c'est par une visite médicale qu'on en sort, à moins d'être arrivé à l'époque fixée pour le renvoi des contingents, à l'expiration de la période d'engagement ou de la durée des services. C'est ainsi que l'on a la visite des appelés au conseil de revision, la visite des engagés volontaires au bureau du recrutement, la visite de départ au chef-lieu pour provoquer des sursis d'appel, au besoin même la réforme dans le cas de maladies récentes survenues chez des hommes sur le point de rejoindre leurs corps respectifs, la visite d'incorporation au régiment en vue de déterminer la taille, le poids, le périmètre thoracique, l'acuité visuelle et de prendre note des défectuosités organiques existantes mais compatibles avec la profession nouvelle.

C'est encore à la suite de visites et de contre-visites médicales que sont prononcées les réformes et les retraites pour maladies. Les congés de convalescence, les envois aux eaux, les mises en non activité pour infirmités temporaires réclament également l'intervention des médecins.

Nous ne parlerons pas du soin avec lequel l'auteur a traité la grosse et délicate question de l'aptitude ou de l'inaptitude au service militaire. Ce sujet est pour lui de prédilection et nous rappelons qu'ici même, dans un article sur les signes de la faiblesse de constitution, nous avons particulièrement insisté sur l'abaissement de la pointe du cœur et l'expiration prolongée des sommets pulmonaires, du droit particulièrement, de la plus haute valeur pour M. Duponchel, qui, joints à l'inspiration saccadée rythmique du cœur de M. Grasset, nous apparaissaient comme vraiment caractéristiques.

Les expertises pratiquées au point de vue disciplinaire et pénal engagent au plus haut point la responsabilité du médecin d'armée. Outre que la rédaction des rapports médico-légaux demandés par les juridictions militaires est soumise à des règles spéciales, il faut des connaissances techniques approfondies pour bien pratiquer l'examen des prévenus au point de vue des lésions provoquées, des maladies alléguées ou simulées, de l'intégrité mentale et du degré de responsabilité.

Nous aurions à parler de ces maladies latentes dissimulées et simulées, qui tout en étant un sujet maintes fois étudié, a été traité avec une rare compétence par M. Duponchel. La question du secret et de la responsabilité médicale mériterait aussi de nous arrêter si ne nous trouvions enserré par le cadre étroit d'une simple analyse.

Après avoir rappelé que nous sommes, avec l'auteur, partisan de l'inaptitude temporaire, que nous réclamons depuis longtemps pour les commissions de réforme les droits dévolus aux conseils de revision, c'est-à-dire de prononcer, comme le font ces derniers, soit l'ajournement, soit l'affectation aux services auxiliaires, qu'il nous suffise de dire que le livre de M. Duponchel, très documenté et fort bien écrit a sa place assignée dans la bibliothèque de tout médecin.

Ch. Amat.

BULLETIN

LE TRAITEMENT DES TUMEURS BLANCHES. — LA SUGGESTIBILITÉ DES ENFANTS.

Dans l'avant-dernière séance de l'Académie, à l'occasion de la communication de M. Lannelongue, M. Lefort avait soulevé une question de priorité au sujet du traitement des tumeurs blanches et de la tuberculose osseuse. Il avait rappelé qu'en 1879, il avait attiré l'attention sur la guérison de la tuberculose locale par des injections de sulfate de zinc. Il est revenu sur cette question dans la séance de mardi dernier, à l'Académie de médecine. Avant sa tentative, personne n'avait essayé de traiter la tuberculose articulaire en portant directement dans les tissus malades, au moyen d'une seringue de Pravaz, un liquide capable de modifier ces tissus et de les amener à la guérison.

Il a rappelé également que c'était non pas dans l'articulation qu'il avait fait ces injections, mais bien dans les fongosités du cul-de-sac synovial, et même en dehors de l'articulation, sur les côtés du ligament rotulien.

Le liquide qu'il a employé est, comme on sait, le sulfate de zinc, tandis que M. Lannelongue a employé le chlorure de zinc. Or, M. Lefort croit le premier de ces sels bien supérieur au second, en ce sens qu'il n'expose pas aux eschares. C'est pour cette raison qu'il avait rejeté le chlorure de zinc.

Quant au principe même de la méthode, que M. Lannelongue a nommée sclérogène, M. Lefort considère qu'il n'est pas nouveau sinon comme mot, du moins comme application, puisque dans sa communication de 1879, il avait recherché, obtenu et décrit la chose, sans en avoir, il est vrai, prononcé le mot, en disant que le but de l'injection modificatrice était d'agir sur les fongosités articulaires, de les modifier, en leur faisant subir une inflammation plastique dont le dernier terme serait la répression des ces fongosités.

Revenant ensuite sur les injections intra-articulaires il s'est élevé contre la condamnation prononcée contre elle, en rappelant que plusieurs chirurgiens allemands, Bruns (de Tubingen), Krause (de Halle), Heusner (de Barmen), Weudelstadt et Trendelenburg (de Bonn), avaient fait avec succès certain des injections intra-articulaires d'huile iodoformée. Ce à quoi M. Lannelongue a répondu qu'il n'avait pas entendu blâmer ou condamner les injections intra-articulaires d'une façon générale dans le traitement des tumeurs blanches, mais qu'il avait voulu simplement spécifier que les injections intra-articulaires de chlorure de zinc seules lui paraissaient nuisibles. Il a ensuite fait remarquer que, dans sa méthode, ainsi que nous l'avons fait remarquer dans notre précédent bulletin, il agissait non pas sur les tissus malades, mais bien à la limite de ceux-ci, sur les tissus sains voisins, au niveau desquels devaient se passer les modifications irritatives amenant la sclérose des tissus malades.

M. A. Guérin a également pris la parole à ce propos et vanté son traitement par la compression élastique; cette compression met les parties malades dans un état tel de vascularisation, que celle-ci devient insuffisante. Ces parties ne recevant plus le sang nécessaire à leur nutrition, se sclérosent

II. — A la séance de la Société d'hypnologie, M. Bérillon a attiré l'attention sur la suggestibilité des enfants. Ce point mérite plus qu'un intérêt scientifique, mais peut avoir son importance médico-légale.

Il ressort de ses expériences, que sur 10 enfants choisis indistinctement dans toutes les classes de la société, 8 sont capables d'être endormis dès la première séance ou dès la seconde. Mais, phénomène assez singulier, c'est auprès des enfants qui présentent les tares héréditaires nerveuses les plus accusées qu'on rencontre le plus de difficultés pour arriver au sommeil. De même en ce qui concerne la suggestion hypnotique, les hystériques se montrent parfois peu suggestifs, tandis qu'au contraire les épileptiques le sont et à un haut degré. Les enfants sans tare héréditaire, bien portants et vigoureux, sont en général très suggestibles et très hypnotisables, et

M. Bérillon conclut en disant que ce n'est pas trop s'avancer en disant que plus des deux tiers des enfants peuvent être hypnotisés profondément dès la première séance.

Aussi, se basant sur ces résultats, M. Bérillon conseille-t-il de recourir à la suggestion pour lutter contre un certain nombre de symptômes tels que les insomnies et les terreurs nocturnes, la kleptomanie, l'onanisme, certaines habitudes vicieuses, etc.

Limitée aux suggestions simplement utiles et faites dans un but strictement thérapeutique, cette pratique lui semble exempte de tout danger et féconde en résultats.

H. B.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique de France (Présidence de M. Brouardel).

Au début de la séance, M. H. Monod rend compte de la situation de l'état sanitaire à l'intérieur : pendant la quinzaine écoulée, aucune épidémie nouvelle n'a été signalée.

— L'épidémie de typhus à l'île Tudy a pris fin. M. le Dr Thoinot, délégué à l'île Tudy par M. le ministre de l'intérieur, est rentré à Paris.

— Quelques cas de variole se sont produits à l'asile d'aliénés de Dijon. Des mesures ont été prises. Le personnel tout entier a été vacciné ou revacciné. L'épidémie paraît arrêtée.

— M. le Dr Proust fait la communication suivante : en Corse, il y a eu une épidémie de variole. Le premier cas a été constaté chez une jeune fille venant de Marseille. A Ajaccio, sur 70 décès, il y en a eu 48 par variole. Parmi les militaires de la garnison, dont l'effectif est d'environ 1,000 hommes, il n'y a eu qu'un seul cas de variole, ce qui montre une fois de plus l'importance des vaccinations et des revaccinations dans l'armée.

— *Dans l'Extrême-Orient*, le choléra continue à se montrer à l'état endémique à Calcutta.

A la date du 20 mai, le *Medical board* enregistrait pendant la dernière semaine 50 décès cholériques.

— *Choléra en Syrie.* — On se rappelle que le choléra apparut, il y a un mois environ, dans le « Caza de Harim », situé à une journée de marche de la Mecque.

Du 9 juin au 5 juillet, le bulletin donne les décès ci-après : A Hammou, petit village, 25 décès cholériques; à Harim, 24; à Killi, 14; à Alep, 3; à Antioche, 1; total, 72 décès, contre 35 dans le dernier bulletin.

Bien que tous ces chiffres soient certainement au-dessous de la réalité, il est permis de dire que la maladie n'a pas, du moins jusqu'ici pris une grande extension; cependant, depuis le 12, le choléra a augmenté notablement à Alep.

— La situation de l'Assyr est toujours incertaine ; la guerre et la révolte y règnent actuellement.

— Depuis une dépêche du 12 juillet, des nouvelles reçues d'Aden disent que le choléra sévit à Massaouah.

— Depuis le départ pour Bombay du *Sculptor*, avec ses pèlerins cholériques ou infectés, on a constaté à Camaran que 7 de ses passagers, 4 Ottomans et 3 Afghans, n'ont pas repris le chemin de Bombay, les premiers ayant obtenu de rester à Camaran et les seconds s'étant cachés dans un village de l'île, d'où ils ne seraient revenus qu'après le départ du *Sculptor*.

Ces faits n'ont pu se passer qu'avec la connivence des gardiens et des soldats préposés à la garde des lazarets.

De pareils faits nous montrent comment la surveillance se fait à Camaran et doivent nous donner des craintes sur ce qui se passerait à la Mecque cette année.

— *Choléra de la Mecque.* — A la date du 20 juin, le port de Djeddah n'avait encore reçu que 25,000 pèlerins, ce qui était fort peu, en égard à la date des fêtes du Kourhan-Baïram, qui ont eu lieu le 17 juillet. Le chiffre ne semble pas devoir dépasser 50,000, mais il est accru de tous les habitants valides du Hedjaz et des milliers de Bédouins pillards qui rôdent aux alentours des routes dans le but de détrousser les caravanes et les pèlerins isolés.

Une caravane de 2,000 à 3,000 pèlerins était partie de la Mecque à la fin de juin pour aller faire visite au tombeau du Prophète ; elle a dû revenir à la Mecque pour la célébration des fêtes.

Différentes dépêches nous ont annoncé l'apparition du choléra à la Mecque.

Le 11 juillet, on relevait trois cas parmi les pèlerins venus de Médine et un parmi ceux venus de Djeddah.

Le 15 juillet, on constatait 35 décès cholériques à la Mecque, le 18 juillet 140 décès cholériques à Djeddah.

Le conseil sanitaire d'Alexandrie a pris contre le retour des pèlerins de la Mecque des mesures réglementaires. Le délégué au conseil de Hedjaz a été à bord du steamer français *Gallia*. Il a constaté la présence d'une étuve à désinfection, un pulvérisateur et un appareil à douches pour les pèlerins. Il a constaté aussi qu'un médecin imposé par le gouvernement français et aux frais de la compagnie se trouve à bord pour toute la durée du pèlerinage. Il ajoute qu'il en est de même pour tous les bateaux chargeant des pèlerins dans les possessions françaises.

— *Fièvre jaune au Brésil.* — Au Brésil, la fièvre jaune se montre toujours à Rio Janeiro, à Santos, à Bahia.

La fièvre jaune s'est aussi montrée à la Vera-Cruz, où elle produit une certaine mortalité.

A Guayaquil, l'état sanitaire est plutôt aggravé qu'amélioré. Il y a beaucoup de fièvres paludéennes et de grippes. La police vient de procéder à l'extermination par intoxication de plus de 200 chiens errants dont les carcasses ont été transportées sur la route du cimetière, où elles se décomposeront à ciel ouvert.

NOUVELLES

Facultés et écoles des départements.

Faculté de médecine de Toulouse. — M. le docteur Charpy, professeur d'anatomie, est nommé, en outre, directeur des travaux anatomiques.

École de médecine de Caen. — M. le docteur Guillet, chargé du cours de pathologie externe et médecine opératoire, est nommé professeur de pathologie externe et médecine opératoire.

École de médecine de Reims. — M. le docteur Doyen est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

— Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officiers. — MM. les docteurs Bourgoin, Nachtel, Peyron, Terrier (de Paris).

Chevaliers. — MM. les docteurs E.-V. Barré, Baudot, F. Brémond, Cuffer, Hutinel, A. Joffroy, Métivier, Rigal (de Paris); Roustan (de Cannes); P.-E. Larquier (d'Arthenac); Borne (d'Hérimoncourt); Chavanne (de Lyon); Uhlmann (de Mascara).

— M. Al. Wassilief est nommé, jusqu'au 31 octobre 1891, préparateur de médecine opératoire.

— M. le docteur G. Lorey est chargé d'une mission en Russie, à l'effet d'étudier l'hygiène et l'alimentation des enfants dans les asiles ou les écoles maternelles de Moscou, ainsi que l'organisation de l'hospice des enfants trouvés de cette ville.

— M. le docteur Mangenot (de Paris) est délégué par le ministère de l'instruction publique au Congrès international d'hygiène et de démographie.

Chemin de fer d'Orléans. — *Saison thermale* : Le Mont-Dore, La Bourboule, Royat, Néris-les-Bains, Evaux-les-bains.

A l'occasion de la saison thermale de 1891, la Compagnie du chemin de fer d'Orléans a organisé un double service direct de jour et de nuit, qui fonctionnera du 8 juin au 21 septembre entre Paris et la gare de Laqueuille, par Vierzon, Montluçon et Eygurande, pour desservir par la voie la plus directe et le trajet le plus rapide les stations thermales du Mont-Dore et de La Bourbonle.

A partir du 1er juillet, aux trains express qui partiront de Paris le matin et de Chamblet-Néris dans l'après-midi, il sera affecté une voiture de 1ère classe pour les voyageurs de ou pour Néris les-Bains, qui effectueront ainsi le trajet entre Paris et la gare de Chamblet-Néris sans transbordement en 6 heures environ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie G. Masson, boulevard Saint-Germain.

Un nouveau fascicule des Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose, publiées sur la direction de M. le professeur Verneuil. — Ce volume est vendu au profit de la souscription pour un fonds d'encouragement pour les études sur la guérison de la tuberculose. — Prix : *franco*, 6 fr.

Sur la vie, lettre à M. le Dr Bergeron, par le Dr Barthey, membre de l'Académie de médecine. — In-18 de 33 pages.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 12 AU 18 JUILLET 1891

Fièvre typhoïde, 7. — Variole, 2. — Rougeole, 27. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, croup, 24. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 155. — Autres tuberculoses, 31. — Tumeurs cancéreuses et autres, 50. — Méningite, 33. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 45 — Paralysie, 4. — Ramollissement cérébral, 10. — Maladies organiques du cœur, 48. — Bronchite aiguë et chronique, 44. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 45. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 101. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 20. — Sénilité, 37. — Suicides et autres morts violentes, 33. — Autres causes de mort, 167. — Causes inconnues, 11. — Total 895

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — Téléphone.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE REDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

NOTE SUR LES VACCINATIONS ANTITUBERCULEUSES (1).

Par MM. J. Granchea et H. Martin.

Messieurs,

Nous possédons et cultivons deux bacilles tuberculeux différents par leur origine, aviaire ou humaine, et sensiblement différents aussi par quelques-uns de leurs caractères biologiques. Est-ce le même bacille modifié par le milieu ou par toute autre cause? Sont ce deux races d'une même espèce microbienne? Ou bien, sont-ce deux espèces microbiennes entièrement distinctes? La chose n'est pas très commode à décider sans doute, puisque depuis que Rivolta et Maffucci ont appelé l'attention sur les caractères particuliers de ces deux bacilles, l'une et l'autre opinion sont soutenues par des observateurs également consciencieux. M. Koch « admet « volontiers que le bacille aviaire est une espèce indépen- « dante, mais très voisine du bacille humain » (1). MM. Straus et Gamaleïa croient « à deux espèces tout à fait différentes » (2).

Au contraire, MM. Cadiot, Gilbert et Roger se déclarent franchement unicistes (3).

Presque toutes les recherches dont je vais vous entretenir ont été faites avec la tuberculose aviaire qui nous est venue en 1886 et 1887 de deux sources différentes. Mais, depuis le commencement de cette année, nous avons, en suivant la technique indiquée par M. Koch, cultivé très facilement le bacille tuberculeux humain, sur sérum sanguin d'abord, puis après un court acclimatement, sur agar glycériné, sur bouillon et sur pommes de terre, et nous nous sommes servis de ces cultures pour quelques inoculations d'épreuve après vaccination avec la tuberculose aviaire.

Nous serions donc très intéressés à savoir s'il faut admettre deux tuberculoses distinctes, ou une seule tuberculose avec deux bacilles modifiés, si toutes nos expériences n'avaient porté sur le lapin. Mais, de l'avis unanime, cet animal est sensible aux deux bacilles, et, plus encore au bacille aviaire qu'au bacille humain, si bien, qu'au point de vue scientifique, et c'est le seul que nous envisageons actuellement, les résultats de vaccination totale ou partielle des lapins, obtenus contre le virus le plus virulent de la tuberculose aviaire sont vrais, *a fortiori*, pour la tuberculose humaine.

Toutefois, notre opinion, dans la discussion pendante, ne saurait hésiter; nous pensons que les deux bacilles sont deux variétés de la même espèce microbienne.

Les partisans de la dualité d'espèce fondent leur opinion : 1° sur l'aspect différent des cultures, 2° sur l'action pathogène distincte des deux bacilles, 3° sur l'immunité du chien pour le bacille aviaire et de la poule pour le bacille humaine.

Aucun de ces caractères ne nous semble décisif en faveur de la dualité.

1. *Les cultures.* — Il est vrai que les cultures aviaires sont ordinairement humides et molles; plus ou moins plissées, et les cultures humaines sèches et verruqueuses. Mais nous avons maintes fois des cultures aviaires sèches et verruqueuses, et inversement, le bacille humain, sur agar glycériné, pousse très bien en couche molle plissée et ganfrée. Nous avons, dans mon laboratoire, des cultures fraîches des deux bacilles qu'il est impossible de distinguer l'un de l'autre.

2. *Action pathogène.* — Nous acceptons encore moins la raison tirée des réactions différentes des tissus devant l'un ou l'autre bacille, d'abord parce que nons croyons avoir prouvé, avec M. Ledoux-Lebard, qu'on peut obtenir avec le bacille aviaire *toutes les tuberculoses que l'on veut*, depuis le type infectieux de Yersin jusqu'à la tuberculose localisée et bénigne d'une articulation (1) ensuite, parce que nous nous souvenons pour l'avoir combattu, il y a quelque vingt ans, d'un autre schisme tenté dans le seul domaine du bacille humain par M. Virchow d'une part et par M. Empis d'autre part. C'étaient les mêmes arguments tirés de l'aspect tout à fait dissemblable des lésions anatomiques dans la phtisie commune, la pneumonie caséeuse, la granulie. Et cependant, qui conteste aujourd'hui l'unité de la tuberculose humaine?

3. *L'immunité du chien pour le bacille aviaire et de la poule pour le bacille humain.* — Cet argument aurait quelque valeur si l'immunité était absolue. Mais il n'en est rien, puisque MM. Cadiot, Gilbert et Roger ont infecté des poules avec le bacille humain. D'autre part, l'immunité du chien pour le bacille aviaire n'est que relative. Enfin nous savons que l'immunité, en soi, est chose contingente et souvent subordonnée à la virulence du microbe infectant. M. Arloing n'a-t-il pas montré que le lapin, si sensible cependant à la tuberculose humaine, lui devient réfractaire quand la virulence du bacille a baissé jusqu'à la « scrofulo-tuberculose » ?

(1) Communication lue au Congrès de la tuberculose.
(1) Congrès de Berlin, 4 août 1890.
(2) *Archiv. de méd. expériment.*, 1er juillet 1891.
(3) *Soc. Biol.*, 25 juillet 1891, et *Bulletin Médical*, 26 juillet.

(1) *Arch. de méd. expérim.*, 1er mars 1891.

Il résulte, au moins de tout cela, Messieurs, que l'étude de la tuberculose, dans le laboratoire, est chose délicate, puisqu'elle divise les meilleurs observateurs. Et les difficultés qui nous arrêtent presque à chaque pas, ne font qu'augmenter notre admiration pour M. Villemin, lorsque nous songeons à ces beaux travaux de pathologie expérimentale, qu'il a donnés, il y a plus de vingt-cinq ans, alors qu'il a fait l'immortelle découverte de la transmissibilité de la tuberculose. Je ne sais, pour ma part, ce qu'il faut admirer le plus, de la découverte ou de la méthode qui l'a préparée, car à cette époque où l'expérimentation n'avait pas franchi les laboratoires des physiologistes, M. Villemin a fait un chef-d'œuvre de technique pour la pathologie des maladies contagieuses. Ce fut la raison du triomphe définitif de sa découverte, car dans les années qui suivirent les communications de M. Villemin à l'Académie (1865) et la publication de son livre (1867), ses adversaires eurent beau jeu, leurs expériences mal conduites, étant presque toutes négatives. Le rapport de Colin, mais surtout le mémoire de Cohnheim (1878), appuyés sur des expériences précises, ont clos le débat en faveur de notre compatriote.

De même, M. Pasteur, chaque fois qu'il a abordé une question, a établi ses découvertes sur une base expérimentale inébranlable. Rappelez-vous la célèbre expérience de Pouilly-le-Port, d'où sortit la vaccination charbonneuse et le rôle décisif qu'elle a joué dans le triomphe de la nouvelle méthode? Il en fut ainsi pour la rage. C'est parceque nous avions une confiance absolue dans les résultats obtenus par M. Pasteur sur les chiens, que Vulpian a conseillé et que j'ai pratiqué la vaccina tion humaine antirabique. Pour la même raison, nous avons résisté aux critiques et à la défiance presque générales provoquées par les premiers échecs de cette vaccination. Pour la même raison, enfin, M. Brouardel nous a apporté, dès le début des discussions académiques que vous connaissez, l'appui de sa parole et de son autorité.

Moins heureux que M. Pasteur, M. Koch — à qui, parmi tant de beaux travaux, nous devons la découverte du bacille tuberculeux, il ne faut jamais l'oublier, — M. Koch vient d'échouer dans le traitement de la tuberculose, parce que, à notre avis, ses expériences sur les cobayes n'ont été ni assez nombreuses, ni assez variées, ni assez sûres. Le peu que nous en connaissons, du moins, par sa communication du 15 janvier 1891, ne l'autorisait pas, croyons-nous, à tenir le langage du 4 août 1890, à l'ouverture du Congrès de Berlin. Ce jour-là, M. Koch a dit : « ... Mes recherches ne sont pas terminées. Je « puis cependant dire que des cobayes, qui sont extraordinai« rement prédisposés à la tuberculose, grâce à cette substance, « résistent à l'inoculation du virus tuberculeux, et que ceux « qui sont déjà atteints d'une tuberculose avancée, peuvent en « être guéris sans que cette substance ait une autre influence « sur l'organisme. » Ainsi, d'une part, l'état réfractaire, l'immunité conférée aux cobayes, d'autre part, la guérison d'une tuberculose confirmée, tels sont les faits expérimentaux sur lesquels M. Koch a fondé sa méthode; tels sont les faits que nous avons cru en sa possession, qui nous ont donné la foi en sa découverte et ont autorisé les expériences tentées sur l'homme de toutes parts, avec l'espoir du succès.

D'où est venu l'échec? De l'écart trop considérable des deux espèces : l'homme et le cobaye? Nous n'en croyons rien. Certes, on peut réussir sur le cobaye, le lapin, le chien même, et échouer sur l'homme, les conditions n'étant pas indentiques; mais, si les expériences sur les animaux ont été bien conduites, si leur résultat est constant, le progrès, l'humanité même commandent et légitiment l'expérimentation sur l'homme; et, en cas d'échec, celui-ci fût-il complet, l'expérimentateur, le savant, reste intact. Il en est autrement si tout s'écroule à la fois.

Pour nous, pénétrés de la nécessité d'une méthode sévère en pathologie expérimentale, nous avons essayé de donner à nos recherches sur la vaccination antituberculeuse, la plus grande rigueur scientifique.

Voici quelques-unes des précautions nécessaires : Nous procédons toujours à la petite opération avec une antisepsie rigoureuse. Nous choisissons des lapins de même poids, 2 kilog. environ, et nous les laissons s'acclimater, pendant quelques semaines, au régime du laboratoire. Nous inoculons toujours la même quantité d'une solution opaline de la culture dans un peu d'eau stérilisée, et, au besoin, par la pesée à l'état sec ou humide, nous mesurons la dose de virus injecté. Pendant toute la durée de l'expérience et après l'inoculation d'épreuve, les lapins vaccinés et les témoins sont soumis au même régime alimentaire. Ceci est important, car on peut faire varier les résultats et obtenir une apparence de vaccination, c'est-à-dire la survie plus ou moins prolongée des lapins vaccinés par une nourriture plus abondante et plus choisie. Chaque animal est pesé régulièrement tous les deux ou trois jours, et tenu aussi propre que possible dans une cage entièrement métallique et stérilisée. Et, malgré toutes ces précautions, il faut compter çà et là avec de petites épidémies d'entérite ou de pneumonie, surtout si, comme dans nos expériences, on est obligé de garder l'animal en surveillance pendant un an ou deux. Or, cette longue période est nécessaire, si on veut connaître les limites de l'immunité conférée et ne pas confondre un résultat partiel avec un résultat définitif. Enfin, l'inoculation d'épreuve est faite dans le sang, avec le virus le plus virulent. Nous écartons ainsi de notre route, et les tuberculoses locales plus ou moins bénignes et les aléas d'une infection insuffisante.

Il est peut-être assez curieux de rappeler que, en 1888, nous avons fait quelques essais avec une *tuberculine* que M. Martin avait préparée (1) et qui a la plus grande ressemblance avec celle de M. Koch, ce qui ne saurait surprendre, puisqu'elle est de même que la « lymphe », un *extrait glycériné de cultures pures de tuberculose*.

Ces tentatives de vaccination par les produits solubles, nous ont toujours paru diminuer au lieu de fortifier la résistance des lapins contre l'inoculation d'épreuve. Nous n'avons même pas obtenu l'*action d'arrêt* que relève M. Koch (note du 15 janvier 1891), mais il est vrai que nous procédions tout autrement que lui. Nos lapins étaient toujours infectés ou vaccinés par la voie sanguine ou péritonéale. On sait que M. Koch, qui a expérimenté sur des cobayes, étudiait, au contraire, l'action de sa « lymphe » sur les lésions cutanées et ganglionnaires.

A tort ou à raison, nous avons renoncé à la « tuberculine » et nous sommes revenus aux inoculations par cultures atténuées, en suivant aussi fidèlement que possible la méthode des inoculations antirabiques, à savoir : le passage à des cultures de plus en plus virulentes jusqu'à l'inoculation d'épreuve.

Pour obtenir l'échelle des virulences nécessaires à la vaccination antirabique, M. Pasteur a recours à la dessiccation des moelles virulentes. Nous nous sommes contentés de laisser vieillir nos cultures en tubes soigneusement clos et conservés dans des boîtes fermées. Dans ces conditions, les cultures s'atténuent peu à peu. Déjà au bout du deuxième mois, elles

(1) Voici la formule de préparation suivie par M. Martin : Une culture de tuberculose, dans du bouillon de poulet à 6 0/0 de glycérine et 6 0/0 de sucre, est filtrée sur terre de pipe. Le liquide filtré est réduit au 1/4 par évaporation au bain-marie, et passé à l'étuve à 120°. On obtient ainsi un liquide semblable, au moins par ses qualités physiques à la « tuberculine ».

ont perdu une part de leur virulence et plus encore après six mois, un an, deux ans et trois ans. Quand nous avons entrepris nos expériences, en juin 1889, nous possédions déjà toute une « gamme » de cultures, et après les essais préliminaires qui avaient pour objet de fixer la virulence de chacune d'elles, nous avons commencé à vacciner.

Le virus le plus faible n° 10, représenté par une culture âgée de trois ans, est inoffensif en injections intra-veineuses pour le lapin, quand on ne l'injecte qu'une fois. Il n'en est pas de même si on répète l'injection; car le lapin succombe à la tuberculose sous l'influence de doses répétées d'un virus assez affaibli pour ne donner que de maigres cultures ou même pour ne pas pousser du tout quand il est réensemencé.

Le virus n° 1 est une culture fraîche de quinze jours sur agar glycériné qui tue en injection intra-veineuse un lapin de 2 kilog. en quinze ou vingt jours. Quelquefois le délai est un peu plus grand, et l'animal survit vingt-cinq ou trente jours; plus rarement il succombe en onze ou douze jours. Dans tous les cas, la mort est certaine, à courte échéance et avec les lésions du type Yersin.

Les virulences intermédiaires 2, 3 et 4 sont mortelles à dose unique, avec des échéances variables entre deux et six mois. Avec les virulences 5, 6 et 7 la mort n'est pas certaine, mais elle survient le plus souvent. Les n°s 8 et 9 se rapprochent beaucoup du n° 10.

Cette échelle de virulence n'a rien de mathématique; mais outre, qu'en pareille matière il est impossible, l'animal étant le réactif employé, de dépasser une certaine précision, celle que nous avons obtenue ainsi est suffisante et, au moins égale à celle que nous donnait tel agent d'atténuation, la chaleur, par exemple, plus exact en apparence.

Nous avons communiqué, le 18 août 1890, à l'Académie des sciences, les premiers résultats obtenus par cette méthode de vaccination. A cette date, plusieurs séries de lapins, dont l'une remontait au 17 août 1889, avaient subi le traitement préventif, à savoir une injection intra-veineuse de cultures, de plus en plus virulentes, jusqu'à l'inoculation d'épreuve faite avec une culture n° 1 ou une culture n° 2, et, nous disons : « Nous « croyons donc avoir réussi, d'une part, à donner aux lapins « une résistance prolongée contre la tuberculose expérimen« tale la plus certaine et la plus rapide et, d'autre part, à leur « conférer contre la même maladie une immunité dont il reste « à déterminer la durée. »

Laissons de côté la première partie de cette phrase qui fait allusion à des expériences dont il n'est pas question ici et ne retenons que la seconde partie relative à l'immunité par une vaccination antérieure à toute infection. Nous avions déjà, il y a un an, obtenu quelques résultats positifs. D'autres restaient incertains, les lapins vaccinés étant encore vivants et sains au moment de notre communication.

Nous apportons aujourd'hui le résultat complet des expériences en cours de cette date et aussi d'autres résultats obtenus depuis, en variant notre méthode de vaccination.

Une série de 9 lapins à vacciner et de 4 témoins a été commencée le 26 novembre 1889. Les 9 lapins ont reçu dans la veine de l'oreille, chacun 1 cc. d'une dilution opaline de cultures tuberculeuses de plus en plus virulentes. La première et la deuxième inoculations, ont été faites avec une culture âgée de 33 mois; la troisième, avec une culture de 22 mois, et ainsi jusqu'au jour, où tous les lapins traités et les quatre témoins ont reçu une culture de quatre mois correspondant dans notre échelle à la virulence n° 2.

Les quatre témoins sont morts tuberculeux, aux 23e 27e, 29e jour après l'inoculation. Le dernier est mort au 154e jour.

Parmi les vaccinés, un est mort tuberculeux avant l'inoculation d'épreuve. Un autre a succombé, tuberculeux également, quelques jours après la vaccination; les autres ont survécu très longtemps. Ils sont morts accidentellement, les 19 juillet et 18 novembre 1890, les 29 janvier et 4 avril 1891. L'autopsie n'a révélé dans leurs organes aucune altération ni même aucune trace de lésions tuberculeuses. Cependant, un lapin était atteint de néphrite parenchymateuse. Le dernier animal de cette série vit encore aujourd'hui, vingt et un mois après la première inoculation vaccinale. Il pèse 4.350 gr. et son poids initial était de 2.060gr.

Cette série que nous avons choisie parmi beaucoup d'autres, parce qu'elle est une de celles que nous avions citée dans notre note du 18 août, nous servira de type et nous évitera le détail fastidieux de toutes nos expériences. Il nous suffira de relever les incidents les plus importants survenus au cours de cette série, et à propos de chacun d'entre eux, de dire ce que nous avons vu dans l'ensemble de nos recherches depuis deux ans.

1. *Les témoins sont morts à des dates variables, 23e, 27e, 29e et 154e jour après l'inoculation.* — Ils avaient reçu cependant la même dose de la même culture n° 2. Mais il suffit que la virulence des bacilles tuberculeux soit affaiblie pour que la résistance des animaux devienne très variable. Avec une dose massive de culture très virulente introduite dans le sang, la mort survient vite et sensiblement dans le même temps, il en est tout autrement si la diminution de la dose ou l'affaiblissement de la virulence permet à l'organisme d'engager la lutte. Alors, ce que nous appelons en médecine l'idiosyncrasie joue un rôle considérable, capital même, dans la marche des événements. Tel lapin résiste un mois et tel antre six mois et plus à la même dose du même virus atténué.

2. *Un lapin a succombé pendant la vaccination et avant l'inoculation d'épreuve.* — Quand on procède à la vaccination par la voie intra-veineuse, il est rare qu'un ou plusieurs animaux ne succombent pas du fait de la vaccination, avec des lésions tuberculeuses plus ou moins généralisées. C'est encore une preuve du rôle considérable dévolu dans ces expériences à la résistance individuelle. Pour éviter cet écueil, il vaut mieux procéder à la vaccination par la *voie sous-cutanée*. C'est ce que nous avons fait à une série de 8 lapins, dont la vaccination a commencé le 30 août 1890, et qui ont reçu sous la peau 11 inoculations vaccinales, jusqu'à la virulence n° 2, sans qu'aucun ait souffert des inoculations. De ces 8 lapins, 3 ont reçu dans la veine de l'oreille, le 8 décembre, le virus tuberculeux humain dans la pulpe finement broyée de rates de cobayes tuberculeux. Ces trois animaux sont encore bien portants. Ils pèsent 3.600, 3.500 et 3.800 grammes, et ont augmenté depuis l'inoculation d'épreuve de plus de 1,000 grammes chacun. Le témoin est mort, criblé de tubercules, le 7 mars, il y a près de quatre mois, ce qui prouve que le bacille aviaire peut vacciner le lapin contre le bacille humain.

3. *Plusieurs lapins ont succombé à une affection intercurrente et sans lésion tuberculeuse apparente d'aucun de leurs organes.* — Il arrive quelquefois, en effet, que longtemps après la vaccination et l'inoculation d'épreuve, un lapin vacciné succombe à une septicémie ou à une diarrhée et que *malgré la quantité énorme de virus tuberculeux qu'il a reçue, l'autopsie de ses organes soit complètement négative*; la rate est petite, ratatinée même, le foie sain, le poumon et les reins normaux. La recherche du bacille reste elle-même infructueuse. De nouvelles expériences sont nécessaires pour dire si ces lapins qui ont si bien résisté à la vaccination et à l'inoculation d'épreuve, ont réellement conquis une immunité définitive, et sans lésions organiques d'aucune sorte, ou si, à supposer qu'ils eussent

vécu plus longtemps, il ne se serait pas développé une tuberculose locale ou une néphrite, ou une paraplégie.

4. *Un des lapins de la série a succombé à une néphrite.* — Les deux reins de cet animal étaient énormes, blanchâtres et lisses; l'étude histologique faite par M. Leredde, a révélé les lésions mixtes de la glomérulo-néphrite avec les destructions épithéliales et la néoformation conjonctive de la néphrite mixte. Rien n'est plus fréquent que cette néphrite chez le lapin, à la suite des vaccinations tuberculeuses et nous l'avons observée souvent à tous les degrés, depuis la congestion intense et diffuse du début jusqu'à l'atrophie, mamelonnée et dure de la période ultime de la maladie. Les urines ont toujours été trouvées albumineuses, et souvent, le cœur gauche très notablement hypertrophié. Cette néphrite est la cause de mort la plus fréquente chez nos lapins vaccinés, qui meurent alors, tantôt sans trace de tuberculose dans aucun organe, tantôt avec une tuberculose localisée, concomitante de la néphrite.

Chose curieuse! les lapins qui succombent à cette forme d'infection ont augmenté de poids et ont vécu longtemps, de longs mois, après l'inoculation d'epreuve. Par exemple, dans une série de 11 lapins et 2 témoins close par l'inoculation d'épreuve, le 10 avril, avec le virus n° 1, nous avons eu 8 des lapins traités qui ont succombé très longtemps après les témoins, morts les 3 et 10 mai, et qui ont succombé atteints de néphrite, *sans aucune lésion tuberculeuse du rein ni d'aucun autre organe.* Ils avaient reçu cependant les virus nos 6, 5, 4, 3, 2 et 1. Leur survivance par rapport aux témoins a été de deux mois, trois mois, trois mois et demi et huit mois. Les trois autres lapins traités sont morts aussi trois et quatre mois après l'inoculation d'épreuve, mais avec de la tuberculose pulmonaire, et sans néphrite.

Si on remarque que tous les lapins de cette série ont reçu l'inoculation d'épreuve avec le virus le plus virulent qui tue toujours en moins d'un mois, et que les 11 traités ont résisté à cette inoculation de trois à huit mois, on admettra sans discussion, que *notre méthode confère aux animaux qui l'ont subie une importante immunité.* De plus, les lapins traités ont tous succombé, il est vrai, mais trois seulement à une tuberculose pulmonaire *très modifiée*, très différente de celles de l'inoculation d'épreuve; les huit autres ont été tués par une néphrite dont la nature et la pathogénie restent à déterminer.

Quelquefois, la tuberculose conférée par l'inoculation d'épreuve est encore beaucoup plus *modifiée* que celle dont nous venons de parler, et nous avons vu souvent des lapins vaccinés qui avaient longtemps survécu à cette inoculation et dont le poids initial de 2.000 gr. avait passé à 3, 4 et même 5.000 gr., mourir avec *une lésion osseuse ou articulaire très limitée*, de sorte que nous retrouvons très fréquemment ce que nous avions noté déjà dans un travail avec M. Ledoux-Lebard, à savoir que *plus la maladie dure et plus la tuberculose, devenue bénigne, tend à devenir locale et périphérique.* Dans une série, close le 31 décembre, un des lapins a survécu à l'inoculation d'épreuve plus de 29 mois. Il a succombé le 4 juin 1891 à une arthropathie tuberculeuse de la patte antérieure gauche dont la première apparition remontait au mois de janvier 1891. Tous ses viscères étaient sains.

Assez souvent encore, nos animaux succombent aux suites d'une paraplégie qui, peu à peu, immobilise complètement leur train postérieur et les livre en proie à la vermine. Ils meurent cachectiques, et souvent sans lésion tuberculeuse des viscères et sans lésions apparentes du système nerveux central et périphérique.

Conclusions. — De cet ensemble de faits, résultant de l'observation attentive et prolongée de quatre-vingt deux lapins, en diverses séries, se dégage une première conclusion :

Nous n'avons pas réussi à *conférer aux lapins une immunité complète par une méthode inoffensive et sûre*, mais nous avons fait un premier pas, et qui n'est pas, croyons-nous, sans importance, en démontrant par des expériences précises, *l'action vaccinale du virus tuberculeux, contre le virus tuberculeux lui-même.*

La vaccination anti-tuberculeuse est imparfaite mais elle existe.

Une seconde conclusion s'impose, c'est que le virus tuberculeux atténué employé comme vaccin, contient vraisemblablement *une substance vaccinale et une substance toxique.* Celle-ci serait la cause des néphrites et paraplégies si fréquentes chez nos animaux, celle-là produirait, par un mécanisme que nous ignorons, une immunité plus ou moins prolongée, plus ou moins prolongée, plus ou moins parfaite, selon les circonstances. Quelques-unes de ces circonstances sont une preuve nouvelle de l'action vaccinale de nos cultures. En effet, nous avons varié la formule de vaccination pour chaque série, multiplié, ici, les virus faibles, là, au contraire, les cultures très virulentes. Or, les résultats sont sensiblement différents. La méthode est donc efficace, puisque ses résultats varient quand elle varie elle-même. Mais son efficacité est *limitée.* En outre, la vaccination par voie sanguine n'est pas *inoffensive* puisque quelques vaccinés meurent de néphrite ou de paralysie, et quelques autres de tuberculose dans le cours de la vaccination.

Nous attendons des résultats meilleurs des vaccinations actuellement en cours.

De là à la guérison de la phtisie pulmonaire de l'homme, il y a encore loin!

Ne nous faisons donc pas d'illusions! Telle ou telle des méthodes actuellement en honneur, et qui vise des cas particuliers, est un progrès sensible, considérable, si l'on veut; mais aucune, sauf celle de M. Koch, n'a osé s'attaquer à toutes les formes et à tous les degrés de la tuberculose, et laisser entrevoir un nouvel âge d'or où la phtisie serait bannie de l'humanité. Pour la réalisation de ce rêve, il faudra, croyons-nous, conférer l'humanité par une méthode de vaccination inoffensive et sûre, ou détruire le bacille dans les tissus, sans dommage pour le reste de l'organisme.

Mieux que toute autre voie, la pathologie expérimentale semble capable de nous conduire au port. Et bien que rien ne nous fasse prévoir la réalisation prochaine de nos espérances, il faut espérer... et travailler.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

COMMENTAIRE DE LA NOUVELLE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Projet discuté et adopté par la Chambre des députés, dans ses séances des 17 et 19 mars 1891. (Journal Officiel des 18 et 20 mars 1891).

par le Dr F. de Ranse
et A. Léchopié, avocat à la Cour de Paris.

(Suite) (1).

ARTICLE 28.

Pour tous les cas il y a récidive lorsque, dans les cinq années antérieures, le prévenu a été condamné pour un des délits prévus et punis par la présente loi.

Délai fixé pour la récidive. — On a bien fait de préciser

(1) Voir les numéros 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 27 et 29.

ainsi ce qui constitue, en principe, la récidive. Sous l'empire de la loi de ventôse, il y avait lieu de distinguer entre les faits d'exercice illégal simple et ceux d'exercice illégal avec usurpation de titre. Dans le premier cas, comme il s'agissait, malgré la compétence des tribunaux correctionnels, d'une véritable contravention, la jurisprudence admettait généralement que la récidive n'existait qu'à la condition d'une condamnation précédente, pour même infraction contraventionnelle, dans les douze mois précédents et dans le ressort du même tribunal. Pour l'exercice illégal avec usurpation de titre qui constituait un véritable délit, il était admis, également par la jurisprudence, qu'il suffisait d'une condamnation précédente, à une époque et en un lieu quelconques, pour un fait d'exercice illégal de la médecine. Aujourd'hui il ne peut plus y avoir de doute ni sur le délai, ni sur la nature de l'infraction.

L'article 28 porte qu'il règle tous les cas. Nous comprenons tous les cas prévus par la loi sur l'exercice de la médecine; mais alors il est bien singulièrement placé, car il y a encore, après, les deux articles 29 et 30 qui prononcent des pénalités avec prévision de la récidive. Une observation a, il est vrai, été esquissée à la Chambre à ce propos, mais, ici encore, on ne paraît pas avoir bien compris ce que l'on voulait dire.

M. Isambard avait bien demandé que l'article 28 ne vînt qu'après l'article 29, le dernier qui fût alors relatif aux pénalités, l'article 30 ayant été ajouté après coup, mais nous ne savons pourquoi il a déclaré ne pas insister. Il a eu bien tort. Enfin le président de la Chambre a déclaré que l'article 28 ayant trait à la récidive générale devait se placer avant l'article 29 visant la récidive spéciale. Cette réflexion est absolument incompréhensible, car, pour le cas de l'article 29, il y avait le même intérêt que dans tous les autres cas précédemment prévus par la loi, à fixer dans quel délai le fait constitutif de la récidive devait s'être produit.

Du reste, à ce sujet, qu'on nous passe l'expression, il n'a été échangé et fait que des bourdes. C'est, en effet, à la demande de la Commission elle-même que ces mots « POUR TOUS LES CAS » ont été placés en tête de l'article 28 où d'abord ils ne se trouvaient pas, et ce à la suite de l'étrange observation suivante de M. Chevandier, le rapporteur : « La Commission demande que l'article 27 (depuis et maintenant article 28,) commence par les mots : pour tous les cas il y a récidive, afin qu'on ne puisse pas rapporter au seul article précédent la question de récidive. » Cette rédaction fut mise aux voix immédiatement, et adoptée, en stipulant bien que l'article 27 viendrait après l'article 28, c'est-à-dire deviendrait lui-même le numéro 28. Or, le rapporteur exprimait la crainte que l'on vînt à penser que l'article relatif au délai de la récidive n'était applicable qu'au seul article précédent qui, précisément, était le seul à ne pas prononcer de peine pour la récidive. Puis on a fait passer encore, et intentionnellement, devant l'article 27, l'article 28 d'alors lequel, concernant l'enregistrement du titre, est le second de la loi qui ne prononce pas non plus de peine, pour la récidive, et cela se conçoit aisément, car, sauf le cas de changement de département et peut être celui de reprise d'exercice prévus par l'article 14, il n'y aura jamais lieu qu'à un seul enregistrement et, par suite, pas de récidive possible. Quant aux articles 29 et 30 qui, eux, prononcent des peines pour la récidive, on a bien spécifié que, pour cette raison, ils ne devaient venir qu'après l'article réglant les conditions et le délai de la récidive! Comprenne qui pourra. Quel gâchis!

Il n'y avait manifestement qu'une chose à faire, placer l'article 28 qui nous occupe après l'article 30; c'est-à-dire après toutes les dispositions pénales, comme l'avaient proposé seuls MM. Isambart et Grousset.

Maintenant il y aurait encore une autre interprétation qui pourrait consister à dire que l'article 28 a entendu stipuler que, même les condamnations pour des infractions à raison desquelles la récidive n'a pas été prévue constitueraient l'état de récidive pour les infractions relativement auxquelles elle a été édictée spécialement. Cette solution paraît absolument inacceptable.

ARTICLE 29.

L'exercice simultané de la médecine, de l'art des accouchements ou de l'art dentaire avec la pharmacie est puni d'une amende de 100 à 500 fr.

En cas de récidive, l'amende sera de 500 fr. à 1000 fr., et les délinquants pourront, en outre, être condamnés à un emprisonnement de quinze jours à trois mois.

Exercice simultané de la médecine et de la pharmacie. — C'est une pénalité rigoureuse car elle égale à peu près celle pour exercice illégal de la médecine, sans usurpation de titre. C'est encore un nouveau délit à la charge des praticiens. Il faut ajouter que les pharmaciens, sans avoir déjà le bénéfice de leur nouvelle loi, se trouveront néanmoins, dès maintenant, exposés à ces pénalités.

L'emprisonnement n'est prononcé que pour le cas de récidive et semble n'être que facultatif. On se rappelle qu'aux termes formels de l'article 16, l'interdiction du cumul n'a pas d'effet rétroactif.

ARTICLE 30.

Tout docteur en médecine est tenu de déférer aux réquisitions de la justice, sous les peines portées à l'article 29.

Réquisition par la justice. — Dure encore pour les médecins, cette nouvelle disposition. C'est la conséquence des divers avantages et droits qui leur sont reconnus par le législateur moderne.

C'est le résultat d'un amendement proposé par M. Grousset. Il fut pris en considération par la Chambre, à une écrasante majorité, malgré une résistance désespérée de la Commission et du gouvernement qui durent finalement l'accepter.

Mais cet article, en raison même de son excessive rigueur, ne doit pas être étendu au delà de ses termes. Aussi ne saurait-il s'appliquer aux sages-femmes, aux dentistes, dans les cas où leur concours pourrait être utile, pas même aux officiers de santé qu'il ne désigne pas. Il convient aussi de le restreindre au cas où la réquisition est faite par la justice elle-même. Mais il paraît résulter bien clairement de la discussion qui a eu lieu à la Chambre que ce n'est plus seulement s'il y a eu flagrant délit proprement dit, que le médecin sera tenu d'obéir. Il y sera tenu, sous les peines de l'article 30, toutes les fois que l'autorité judiciaire jugera à propos, dans des circonstances quelconques, de requérir, d'exiger son concours. L'article 475, § 12, du Code pénal, on le sait, ne rendait la réquisition obligatoire, pour les médecins comme pour tous autres, à peine d'une amende de 6 à 10 fr., que lorsque la réquisition était faite en matière de flagrant délit ou de calamité publique par l'autorité judiciaire ou administrative compétente (V. Lechopié et Floquet, *Code des médecins*, 1re édition, p. 175 et suiv.) Dans les cas de réquisition qui ne sont point prévus par l'article 30, c'est-à-dire lorsqu'il ne s'agira pas d'un docteur, ou lorsque la réquisition sera faite par l'autorité administrative en matière de calamité publique c'est le § 12 de l'article 475 qui reprendra son empire, puisqu'il n'a pas été abrogé.

Certes, les docteurs pourront peut être seuls, dorénavant, selon les termes des articles 19 et 30 de la nouvelle loi, être employés comme experts par la justice, mais en revanche, et sans avoir encore le bénéfice de l'augmentation de tarif simplement promise, ils se trouveront, dès maintenant,

exposés aux rigoureuses pénalités de l'article 30 substituées à la bénigne amende de 6 à 10 fr. de l'article 475, si, dans quelque circonstance que ce soit, ils se refusent à prêter leur concours à l'autorité judiciaire. Nous avions toujours prévu qu'ils ne gagneraient pas au change.

Voici du reste les principaux passages de la discussion qui a eu lieu, à ce sujet, devant la Chambre :

M. Grousset. — Par l'article 19, que nous avons déjà voté, nous avons dit que les fonctions de médecin et de chirurgien expert près les tribunaux ne peuvent être remplies que par des docteurs en médecine. J'estime que cet article doit avoir sa contre-partie, motivée par le scandale qui s'est produit il y a quelques années devant un tribunal du Midi.

Il faut que les docteurs, auxquels on réserve l'exercice de la médecine, soient tenus de déférer aux réquisitions de la justice. Vous savez qu'il y a quelques années un juge d'instruction a adressé une réquisition à un médecin, qui a refusé d'obéir et d'opérer; on s'est adressé à un deuxième médecin, qui a également refusé, et la justice s'est trouvée en présence du refus de tout le corps médical qui exerçait dans la localité.

Qu'il y ait flagrant délit ou non, j'estime que, puisque la loi donne protection aux médecins, les médecins doivent leur concours à la justice chaque fois que la justice fait appel à eux.

J'estime qu'il est du devoir de tout citoyen, et spécialement du devoir d'une corporation à laquelle on confère un véritable monopole, de donner son action à la justice toute les fois que la justice le lui demande.

M. Brouardel. — Lorsqu'on exige d'un médecin qu'il donne son aide à la justice, on lui fait toujours l'honneur de croire qu'il est nécessairement compétent en médecine légale. C'est une illusion. Cette partie de la médecine s'apprend peu à peu, lentement, à la condition d'avoir l'occasion d'exercer et de faire de la pratique médico-légale. Or, je n'exagère pas en disant qu'un grand nombre de confrères — et j'ai été longtemps comme eux, je peux l'avouer — n'ont pas suffisamment étudié les maladies mentales et un certain nombre d'autres cas : la pendaison, la strangulation, etc., qu'on ne rencontre guère à l'hôpital. Il y a donc une éducation particulière à faire, toute une organisation à étudier, et je crois qu'il serait excessif de résoudre la question par une formule absolue. La réforme du code d'instruction criminelle est pendante devant la Chambre, et je crois qu'à moins d'édicter actuellement tout un projet, il sera difficile de faire ce qui est demandé par M. Grousset.

M. le rapporteur. — A l'heure actuelle le médecin requis par le ministère public, par le juge d'instruction, ne peut se récuser s'il y a flagrant délit. L'article 475 du Code pénal, § 12, dit que tout individu est obligé de prêter son assistance quand il s'agit d'incendie, de naufrage, d'accident ou en cas de flagrant délit, etc. La jurisprudence a jugé que le médecin qui se refuserait à assister la justice en cas de flagrant délit serait passible de l'application de cet article. Voilà la législation actuelle. Aujourd'hui, vous venez nous proposer, sans que cette question ait été étudiée sérieusement, alors que les jurisconsultes sont loin de s'entendre sur la définition du flagrant délit, de trancher toutes les difficultés et d'improviser une prescription qui peut être qualifiée de redoutable !

J'ai rappelé, lors de la discussion de la loi relative à la revision du code d'instruction criminelle, des faits vraiment déplorables dus à l'inexpérience en matière d'expertise médico-légale. Je pourrais les rappeler si je ne tenais à ne pas abuser de votre attention.

Vous voulez rendre le service d'expertise médicale obligatoire, vous voulez que le médecin soit toujours forcé d'obéir à la réquisition? Il s'y refuse très rarement, mais encore faut-il à l'heure actuelle s'en tenir aux conditions dans lesquelles le droit de réquisition est absolu.

C'est l'article du Code pénal que je rappelais tout à l'heure qui règle le droit du magistrat et le devoir du médecin.

J'ajoute que si le médecin se récuse, c'est de sa part un acte d'humilité et d'honnêteté qui est le propre d'une conscience sévère. Il y a la crainte louable d'induire la justice en erreur et d'attirer sur des innocents des condamnations à jamais regrettables.

M. Armand Després. — Je trouve que les médecins qui demandent à être seuls à exercer la médecine lorsqu'ils ont le diplôme de docteur, devraient se rappeler qu'ils passent des examens de médecine légale, et qu'ils ont à leur disposition des livres de médecine légale très bien faits auxquels ils peuvent recourir chaque fois qu'ils sont requis par les magistrats pour des causes difficiles.

Il y a trois cas dans lesquels le médecin expert peut être embarrassé : l'avortement, l'empoisonnement et certains coups ou blessures, comme la strangulation.

Donc, dans ces trois cas-là il y a des difficultés immédiates. Mais qu'est-ce qu'on demande au médecin ? On lui demande simplement, s'il s'agit d'un empoisonnement, un certificat ou un court rapport indiquant si les symptômes qu'a éprouvés le malade avant de mourir sont ceux d'une maladie connue ou non. Eh bien, je dis que tout docteur en médecine est capable de faire cette déclaration, et que s'il se refuse à témoigner, il ne peut invoquer aucun prétexte : car il n'est pas digne d'un médecin expert de prétendre qu'il n'est pas assez payé en recevant 6 fr. pour l'expertise.

. . . .

En matière de sciences médicales, toutes choses ne sont pas toujours facilement explicables, et quand il se présente un cas compliqué d'empoisonnement, par exemple, ou quand on se trouve en face de certaines difficultés, on a recours à toutes les lumières de la Faculté de médecine, de l'école de pharmacie et du Collège de France. Mais, pour les cas simples où il ne peut y avoir que de faibles doutes, le moindre médecin de campagne — docteur en médecine, puisque vous avez supprimé les officiers de santé — est capable de les reconnaître; il est également parfaitement capable de préciser la nature des coups et blessures et de renseigner la justice à cet égard, et il peut au besoin consulter ses livres avant de rédiger son rapport.

Dès lors, je vous prie, pour l'honneur du corps médical et aussi pour l'honneur de la Chambre, d'accepter l'amendement de M. Grousset.

M. Bourgeois. — L'honorable M. Després nous a dit :

« Tous les médecins, quand ils étaient étudiants en médecine, ont passé des examens de médecine légale. Donc ils sont aptes à faire des experts et à remplir le rôle que la justice leur donnera. » Eh bien, qu'il me permette de lui répondre que tous les médecins, lorsqu'ils étaient étudiants, ont passé aussi des examens de médecine opératoire et cependant s'il s'agit de faire couper un bras ou une jambe, de procéder à une grande et délicate opération, on préférera, et avec raison, toutes les fois qu'on en aura les moyens, faire demander l'honorable M. Després. »

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX

DIABÈTE

I. — SUR LE DIABÈTE INSIPIDE ET SUR L'ADIPOSITÉ GÉNÉRALISÉE, par le Dr A. VOSS. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1891, N° 1, p. 9.)

II. — SUR LA SIGNIFICATION PRONOSTIQUE ET SUR L'ÉTIOLOGIE DE L'ALBUMINURIE DANS LE DIABÈTE, par le Dr R. SCHMITZ. (*Ibidem.* N° 15, p. 373.)

III. — L'UTILISATION PRATIQUE DU NAPHTOL α, EMPLOYÉ POUR LA RECHERCHE DU SUCRE DANS LES URINES, par C. POSNER et H. EPENSTEIN. (*Ibidem.* N° 8, p. 200).

IV. — SUR L'INTENSITÉ DE LA GLYCOSURIE, par LES MÊMES. (*Ibidem.* N° 26, p. 649.)

V. — QUELQUES REMARQUES SUR LE DIABÈTE SUCRÉ DES ENFANTS, par le Dr KUHL (*Medicinisch-chirurgische Rundschau*, 1891, N° 13, p. 481.)

I. — Voss relate une très intéressante observation de diabète insipide compliqué d'adiposité généralisée. Le sujet, une jeune fille de 17 ans, appartenait à une famille saine, dans laquelle on ne connaissait pas d'exemple de diabète, de corpulence excessive, de maladie nerveuse. La jeune fille avait présenté les premiers symptômes de son affection à l'âge de 6 ans. Elle avait perdu l'appétit, elle était venue en proie à une soif très vive et à la polydipsie. Plus tard l'appétit était revenu, et c'est de cette époque que date le début de l'adiposité, qui entraîna à sa suite une grande maladresse dans l'exécution des mouvements. La force musculaire et la mémoire se mirent à baisser; la peau devint sèche, se gerça. Constipation opiniâtre.

Le crâne a des dimensions normales. L'adiposité est considérable, au tronc surtout. Le thorax a la forme d'un tonneau; le pourtour, au-dessus des seins, mesure 87 centimètres. Fesses très proéminantes, peau fortement tendue. Au niveau du nombril et de la symphise pubienne, le pourtour du corps mesurait 98 centimètres. Les membres sont relativement peu développés. Poids 128 livres.

Absence complète de troubles en rapport avec une anomalie du système nerveux. Pouls normal. Pas de leucocythémie. Exagération de l'appétit et de la soif; la malade boit de 4 à 5 litres en vingt-quatre heures; elle urine en conséquence. Pas de douleurs en urinant; pas de douleurs à la pression de la région lombaire. La quantité d'urines des vingt-quatre heures oscille entre 5 et 7 litres, contenant de 10 à 14 grammes d'urée. L'acide urique n'a pas été dosé. Ni sucre ni albumine dans les urines. Développement insuffisant des organes génitaux; aménorrhée.

On a fait prendre à la malade de l'opium à la dose de 3 centigrammes par jour, et on l'a rationnée pour la boisson. La quantité d'urines des vingt-quatre heures est tombée de 7 à 5 litres. Mais le rationnement des liquides a été mal supporté, la malade est devenue très faible, somnolente, et il a fallu de nouveau la laisser boire à sa soif. Un traitement par l'antipyrine (73 grammes en treize jours) a été bien supporté mais n'a exercé aucune influence sur la polyurie.

Suivent des considérations sur la pathogénie du diabète insipide.

II. — M. Schmitz, qui est médecin à Neuenahr, a soigné à cette station environ 1.200 diabétiques, dont il a examiné les urines en portant spécialement son attention sur l'albuminurie, complication relativement fréquente du diabète. En effet, 824 fois sur 1.200 M. Schmitz a trouvé dans les urines de ses malades, des traces d'albumine qui variaient de 0,1 à 0,4 0/0; dans un cas cette proportion s'élevait à 0,9 0/0.

Les cliniciens sont loin d'être d'accord sur la signification de l'albuminurie survenant comme complication du diabète. Il n'y a pas bien longtemps on était porté à croire que la survenance de cette complication était l'indice d'une fin prochaine. On se disait que, du fait de la polyurie et du fait de l'irritation exercée sur les éléments sécréteurs des reins par le sucre, il se développe une néphrite parenchymateuse que trahit précisément l'albuminurie, et qui s'aggrave rapidement, en raison de l'état de dystrophie qui est inhérent au diabète.

Cependant des autorités comme Frerichs et Senator ont protesté contre ce que cette manière de voir avait de trop exclusif. Ils ont soutenu que l'albuminurie des diabétiques n'était pas l'expression d'une altération de texture des reins, et que la néphrite est en somme une complication rare du diabète. En se fondant sur les résultats de ses recherches, Schmitz arrive à conclure qu'effectivement cette albuminurie n'a pas par elle-même une signification pronostique bien grave, lorsqu'elle n'est pas accompagnée d'autres signes ou symptômes qui traduisent des altérations texturales des reins. Il a vu des diabétiques qui revenaient faire leur cure à Neuenahr pendant cinq, dix années consécutives et plus, avec un peu d'albumine dans les urines, et sans qu'ils aient jamais eu des œdèmes ou des accidents urémiques.

D'autres diabétiques ont présenté des œdèmes légers. Ce cas s'est réalisé chez 32 malades qui avaient de l'albumine dans les urines et chez 20 qui n'avaient pas d'albuminurie. Ces chiffres montrent déjà qu'il n'y a pas de rapport direct entre les œdèmes légers et l'albuminurie, chez les diabétiques, que les premiers sont simplement une conséquence de l'épuisement général et de l'altération du sang, qu'entraîne souvent le diabète.

Des hydropisies graves n'ont été observées que dans 19 des 824 cas de diabète compliqués d'albuminurie; dans 17 cas on notait des complications graves, tuberculose, lésion organique du cœur, dégénérescence amyloïde, qu'expliquaient suffisamment les accidents hydropiques. Dans deux cas seulement ces accidents ne pouvaient être mis que sur le compte d'une néphrite. L'auteur n'a jamais observé de symptômes d'urémie chez ses diabétiques. Il a rencontré un certain nombre de rétinites, mais celle-ci peut être aussi bien une conséquence directe du diabète, qu'une manifestation d'une néphrite. D'autre part, deux autopsies que Schmitz a eu l'occasion de faire lui ont fourni la preuve directe, comme quoi l'albumine peut se rencontrer dans le diabète indépendamment d'une altération de structure des reins.

Pour ce qui concerne l'étiologie de l'albuminurie des diabétiques, l'auteur pense que cette complication est en majeure partie imputable à l'ingestion d'une grande quantité d'œufs, circonstance qui est habituellement réalisée par les malades soumis à un régime. Une autre cause réside dans le catarrhe de la vessie, consécutif à l'irritation exercée par les produits de décomposition du sucre contenu dans l'urine. L'auteur a consacré à cette complication du diabète une étude spéciale (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1890, n° 23). Il a insisté sur ce que, dans les cas d'albuminurie diabétique, on trouve ordinairement dans les urines les produits d'un catarrhe vésical, corpuscules de pus, globules du sang. Ce catarrhe vésical peut, à son tour, entraîner une néphrite catarrhale lorsque des bactéries contenues dans la vessie trouvent à remonter à travers les uretères jusque dans le bassinet. Dans ces conditions, l'albuminurie persistera alors qu'on aura modifié le régime des malades, alors qu'on aura rationné l'usage des œufs.

III. — Posner et Epenstein ont voulu se renseigner sur la valeur pratique du réactif qui consiste à déceler la présence du sucre dans un liquide, en traitant celui-ci par le naphtol a, en présence de l'acide sulfurique. La réaction se traduit par l'apparition d'une teinte violette, qui se produit indifféremment avec le sucre et avec les hydrocarbures en général, voire avec certaines substances albuminoïdes. La teinte violette serait due à la mise en liberté d'une certaine quantité de furfurol.

Le réactif est d'une grande sensibilité, si on s'en rapporte aux renseignements fournis par Luther : Quand on mélange 1 goutte de liquide à examiner avec une goutte d'une solution à 10 0/0 de naphtol dissout dans du chloroforme, qu'on dilue le tout dans 1 cent. cube d'eau, et qu'on mélange ensuite cette dilution avec un 1/2 cent. cube d'acide sulfurique concentré, dans un verre à réactif, on voit apparaître un superbe cercle violet, alors que le liquide examiné ne renferme que 0,03 0/0 de sucre.

Mais pour que la réaction conserve toute sa valeur, il importe de n'employer que des réactifs d'une pureté parfaite. Quand cette condition n'est pas remplie, on peut voir apparaître la nuance violette, dans la solution de naphtol, avant que celle-ci ne vienne en contact avec le liquide sucré. Il importe aussi, pour les analyses quantitatives, que les « gouttes » aient toujours la même valeur. Autant que possible on se servira de compte-gouttes tels que 20 gouttes débitées par l'instrument correspondent à 1 centimètre cube. Enfin les deux auteurs recommendent d'employer des tubes à réactif moins volumineux que ceux qui sont généralement en usage dans les laboratoires, c'est-à-dire ne jaugeant que 12 à 15 cent. cubes.

Il importe de ne pas perdre de vue que dans une urine normale, dans laquelle les moyens usuels d'analyse ne décèlent aucune trace de sucre, le réactif en question, manié avec toutes les précautions exigibles, fait cependant apparaître la teinte violette caractéristique de la réaction. Cela tient-il à ce que, même à l'état normal, l'urine renferme la quantité de glycose (0,2 0/0) nécessaire à la mise en jeu de la réaction, ou bien celle-ci se produit-elle par suite de la présence, dans l'urine normale, d'autres hydrocarbures ou de certains albuminates ? Peu importe, répondent les deux auteurs. L'essentiel est de savoir que l'urine examinée doit être préalablement diluée, au dixième pour le moins, lorsque l'emploi du réactif vise la recherche d'une glycosurie pathologique.

Quand on se place dans ces conditions, quand on emploie des verres d'une propreté parfaite et des réactifs d'une extrême pureté, quand on opère sur une urine préalablement débarrassée des matières albuminoïdes qu'elle peut contenir, on peut se convaincre, ainsi que l'ont fait les deux auteurs, que la réaction est d'une extrême sensibilité. La méthode en question a d'ailleurs cet avantage, qui lui est propre, de pouvoir être employée à froid, et sur des quantités de liquide extrêmement faibles.

Pour qu'elle donne des résultats quantitatifs valables, il faut que la dilution de l'urine soit poussée jusqu'au point où l'emploi du réactif donne une réaction à peine appréciable. Si ensuite on multiplie la fraction 0,02 par le nombre qui exprime le degré de dilution de l'urine, le produit indiquera la proportion centésimale du sucre contenu dans le liquide examiné. Ainsi étant donnée une urine qu'il faut étendre de 146 fois son volume d'eau pour atteindre la limite extrême à laquelle la réaction continue encore de se produire, on pourra conclure que la proportion de sucre (ou d'hydrocarbures) y contenue est de 2,92 0/0. Toutefois en se basant sur les résultats de leurs recherches, faites dans le service de Leyden, Posner et Epenstein déclarent, contrairement aux assertions de Luther, que la détermination de la limite extrême de dilution, à laquelle la réaction continue encore de se produire, comporte un certain arbitraire : là où un expérimentateur fixera cette limite à 146, un autre trouvera 150. De sorte que le résultat final, le chiffre qui indique la proportion présumée de sucre (ou d'hydrocarbures) contenue dans l'urine examinée, variera entre des limites qui ne sont pas absolument négligeables (par exemple entre 2,92 et 3 0/0) quand il s'agit de recherches scientifiques. Sur le terrain de la pratique les résultats ainsi obtenus auront une rigueur suffisante.

Pour augmenter la sensibilité de la méthode, les deux auteurs ont eu l'idée de diluer non plus l'urine examinée, mais le réactif. Après le mélange de la goutte d'urine, de la solution de naphtol (1 cent. cube) et de l'acide sulfurique (1/2 cent. cube), ils ont laissé refroidir et ajouté 8 à 10 cent. cubes d'eau. Si, dans ces conditions, on agite fortement le tube à réactif, le mélange prend une teinte d'un rouge bleuâtre plus ou moins foncé. En comparant cette teinte avec celles fournies par des urines additionnées de quantités connues de sucre, on arrive à se renseigner sur la proportion de sucre contenue dans le liquide examiné. Les deux auteurs affirment qu'en procédant de la sorte, on obtient des résultats qui dépassent en exactitude et en rapidité ceux fournis par d'autres méthodes.

IV. — Dans un second travail Posner et Epenstein s'attachent à démontrer que les analyses des urines des diabétiques, pour avoir toute la valeur désirable, doivent être faites isolément sur les portions d'urine émises à différentes heures d'une même journée. Ces analyses successives devront être continuées pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que des résultats obtenus se dégage une courbe régulière, indiquant les valeurs des quantités d'urine émises aux différentes heures de la journée, et les variations de l'*intensité* de la glycosurie, intensité obtenue en divisant la quantité de sucre contenue dans une portion d'urine, par la durée correspondante de la période de sécrétion. On arrive ainsi à se faire une idée plus juste du pronostic d'un cas donné de diabète. Ce pronostic sera, par exemple, particulièrement grave, lorsque la courbe accuse des exacerbations subites et irrégulières de l'intensité de la glycosurie, qui ne trouvent pas leur raison d'être dans les circonstances inhérentes au genre de vie et au régime du malade. Enfin, la possession de ces courbes permet seule de se faire une idée exacte de l'influence exercée par une médication sur la marche de la glycosurie.

V. — Kühl signale un certain nombre de particularités qui distinguent le diabète sucré chez l'enfant, du diabète sucré chez l'adulte.

Ainsi, dans l'enfance, le diabète sucré est beaucoup plus fréquent chez les filles que chez les garçons, tandis que chez les adultes, la fréquence l'emporte de beaucoup chez le sexe masculin.

Chez les enfants, l'étiologie du diabète est en quelque sorte dominée par l'hérédité pathologique ; les ascendants ont eu le diabète, ou quelque maladie des centres nerveux. Assez souvent, le traumatisme intervient comme cause du diabète dans le jeune âge.

Dans les cas de diabète infantile, la glycosurie atteint toujours une intensité plus considérable, d'un pronostic plus grave. L'évolution est en général plus rapide que chez l'adulte. La transformation du diabète léger en diabète grave se fait d'autant plus vite, en thèse générale, que le sujet est plus jeune.

(*A suivre.*) E. Ricklin.

BULLETIN

LE CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE CHEZ L'HOMME ET CHEZ LES ANIMAUX.

LA TUBERCULINE DE KOCH. — LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR LES INJECTIONS D'HUILE CRÉOSOTÉE. — LES VACCINATIONS ANTITUBERCULEUSES.

La deuxième session du Congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux s'est ouverte lundi dernier sons la présidence de M. le professeur Villemin. Un grand nombre de médecins français et étrangers y assistaient, et c'est au milieu d'une grande affluence d'auditeurs que se font entendre les communications nombreuses qui sont inscrites à l'ordre du jour de cette session.

On se rappelle que le dernier Congrès tenu en 1888 à Paris, avait proposé, avant de se séparer, un certain nombre de questions à mettre plus spécialement à l'étude. De nombreux médecins ont répondu à cet appel, et il n'est pas douteux que le succès de cette deuxième session ne justifie les légitimes espérances des organisateurs du Congrès.

— Dans une des premières séances M. le professeur Arloing a lu un travail sur les propriétés attribuées à la tuberculine de M. Koch. On se rappelle l'enthousiasme qui accueillit la nouvelle que le professeur de Berlin annonçait il y a bientôt un an, au Congrès international de cette ville, les espérances que sa méthode firent naître, surtout lorsqu'il eut complété sa communication quelques mois plus tard. On se rappelle aussi les déceptions qui suivirent l'application de son traitement et l'abandon dans lequel il tomba bientôt. Or, la condamnation que l'observation clinique avait déjà prononcée, la médecine expérimentale vient de la confirmer. « Nos expériences, dit M. Arloing, n'ont été qu'une suite d'échecs pour « la tuberculine de Koch. » La tuberculine, employée à dose médicinale fréquemment renouvelée, s'est montrée douée de propriétés toxiques, amenant des symptômes de dépérissement et d'anémie chez les animaux inoculés. Sa valeur *diagnostique* n'est pas plus certaine.

On se rappelle que l'hyperthermie, consécutive à l'injection, avait été regardée par Koch comme un caractère important. Manquant chez les sujets sains, cette réaction ne se montrait que chez les tuberculeux, et devenait par cela même un moyen de diagnostic précieux. Mais les médecins, qui ont employé la tuberculine, avaient déjà remarqué que l'hyperthermie pouvait ou manquer chez des tuberculeux ou, au contraire, se montrer chez des sujets sains. Les expériences de M. Arloing l'ont conduit au même résultat, et tout au plus la réaction fébrile peut-elle donner des probabilités.

Quant à sa valeur *curative*, en aucun cas, que les animaux aient été traités hâtivement ou tardivement, la tuberculine n'a arrêté ou n'a fait rétrocéder la tuberculose expérimentale. Dans certains cas elle semble même avoir provoqué un dénouement fâcheux et favorisé l'extension des produits tuberculeux. Les propriétés *préventives* de la tuberculine ne sont pas plus nettes. Dans aucun cas, MM. Arloing, Rodet et Courmont n'ont pu produire l'immunité. Bien plus, il a paru que dans certaines circonstances, l'inoculation préventive de cette substance avait créé un terrain plus favorable à l'éclosion de la tuberculose.

Si l'on ajoute ce fait que son action sur le bacille, comme bactéricide, a été nulle, on peut se rendre compte que la tuberculine est définitivement jugée et comme agent de diagnostic et comme agent de traitement.

Cependant, ainsi que l'a fait remarquer M. Arloing, les recherches de Koch ne seront pas absolument stériles, il reste de ses tentatives cette idée que certaines substances peuvent agir directement sur les lésions tuberculeuses par leurs propriétés inflammatoires, idée qui pourra peut-être dans l'avenir conduire à des découvertes utiles.

— Dans la séance de mercredi soir, nous avons eu une série de communications intéressantes sur le traitement de la tuberculose par les injections sous-cutanées d'huile créosotée. On sait que les premiers essais d'emploi de la créosote dans les tuberculoses pulmonaires appartiennent à M. le professeur Bouchard et à M. Gimbert (de Cannes).

Depuis quelque temps, préoccupé de l'intolérance rapide que manifeste l'estomac de certains malades pour ce médicament, et devant la nécessité de faire absorber au malade des doses considérables de créosote, on avait songé à pratiquer des injections sous-cutanées de cette substance dans un véhicule approprié. M. Gimbert (de Cannes), M. Burlureaux (du Val-de-Grâce), MM. Gnender et Vigenaud, sont venus apporter une abondante moisson de faits, tout en faveur de la nouvelle méthode. M. le Dr Festal (d'Arcachon), a présenté en même temps, un appareil qu'il a fait construire à Bordeaux, et qui, entre autres propriétés, a l'avantage d'être aseptique et de permettre un réglage méthodique de l'écoulement du liquide créosoté.

Nos lecteurs trouveront dans le prochain numéro de la *Gazette*, le travail complet de M. le Dr Gimbert, ainsi que la description de l'appareil de M. Festal. M. Gimbert a pratiqué plus de 3.000 injections d'huile créosotée au 1/15, en prenant le soin de n'en faire pénétrer par heure que 30 grammes et aux conclusions qu'il avait déjà formulées en 1889, il croit pouvoir ajouter aujourd'hui que l'injection d'huile créosotée, non seulement agit sur le bacille de Koch, mais réalise en plus l'antisepsie de la tuberculose elle-même en agissant sur les microbes variés qui y sont associés. M. Burlureaux, au contraire, considère comme douteuse l'action spécifique de la créosote, mais il lui donne une importance capitale comme agent dynamogène. Quoi qu'il en soit de l'explication proposée, les résultats fournis par ces divers observateurs ne peuvent qu'encourager les tentatives dans ce sens. La méthode n'est pas dangereuse, et les améliorations ainsi que les guérisons apparentes ne sont plus discutables aux yeux des médecins qui ont employé la méthode des injections créosotées.

— La question des vaccinations antituberculeuses a été traitée également dès le début de la session. Nous avons l'an dernier, parlé ici même de la communication que MM. le professeur Grancher et H. Martin avaient faite à l'Académie des sciences. Ces savants observateurs ont depuis continué leurs recherches expérimentales. Et, s'ils ne sont pas encore arrivés à conférer au lapin une immunité complète par une méthode inoffensive et sûre, du moins, ils ont pu démontrer l'action vaccinale du virus tuberculeux contre le virus tuberculeux lui-même, et l'existence, dans le virus tuberculeux atténué, d'une substance vaccinale et d'une substance toxique, qui a causé souvent des néphrites et des paralysies. H. B.

INDEX DE THÉRAPEUTIQUE

Note sur trois cas de dyspepsie. — De toutes les maladies que le médecin est appelé à traiter, en est-il de plus pénible, de plus tenace et en même temps de plus répandue que cette affection caractérisée vaguement du nom de *dyspepsie*? Présentant tantôt la forme *gastralgique*, tantôt la forme *atonique*, la dyspepsie demande de la part du médecin et de la part du malade beaucoup de persévérance et une attention des plus soutenues, si l'on ne veut s'exposer à un retour offensif. En effet, après une amélio-

ration passagère, ne voit-on pas pour un moindre écart de régime, au plus petit excès de travail, les phénomènes morbides se produire avec tout leur cortège de symptômes, quelquefois même plus accentués, *inappétence, nausées, dilatation de l'estomac, constipation ou diarrhée, vertiges, névralgies, migraines, insomnie*, etc.

La dyspepsie, qu'elle soit *gastrique* ou *intestinale* et même *gastro-intestinale*, exige, pour disparaître, une médication active, sans être trop énergique, prolongée, sans être trop variée.

Malheureusement c'est là l'écueil où tombent facilement médecin et malade : le premier, désireux de donner satisfaction à son client, cède aux volontés de celui-ci en modifiant trop tôt le traitement ; le second, impatient de voir sa santé complètement rétablie, réclame instamment le médicament sauveur. Il ne faut pas l'oublier, les dyspepsies rentrent dans le groupe des maladies chroniques, et à moins de ces formes légères cédant au simple effet du régime, toutes, en général, qu'elles soient primitives ou secondaires, demandent une thérapeutique raisonnée, et qui, tout en agissant sur l'organe lésé, porte surtout son action sur la fonction dont ces organes sont le siège, c'est-à-dire sur la *digestion*. L'agent médicamenteux qui remplit ce double but et auquel on doit avoir recours devra donc intéresser la muqueuse, dont la vitalité est compromise par défaut de tonicité, et la sécrétion elle-même, constituée par le *suc gastrique* dont la réaction *acide* est ou supprimée ou altérée.

Dans ces conditions, les eaux minérales répondront à ces desiderata et parmi elles, en première ligne, l'*eau minérale de Pougues Saint-Léger*, dont tout praticien connaît la composition :

Acide carbonique libre, bicarbonate de chaux, fer iodé et, depuis les travaux du Dr Bovet, médecin inspecteur (1), *lithine* et *arsenic*.

Si maintenant, se rappelant que, dans les dyspepsies, *l'élément acide du suc gastrique* fait défaut, que toute digestion ne peut s'opérer sans un acide le remplaçant, que, relativement à la tonicité musculaire de l'estomac et de l'intestin, le fer et la chaux sont indispensables, l'on appréciera par simple comparaison l'utilité de l'emploi de *l'eau minérale de Pougues Saint-Léger*.

Depuis longtemps les savantes cliniques de Trousseau et, plus récemment, les leçons des maîtres G. Sée, Jaccoud, Constantin Paul, Gallard, Bouchut, Jules Simon, ont confirmé cette manière de voir.

Il ne faut pas croire cependant que toute eau minérale chargée d'acide carbonique soit applicable au traitement de la dyspepsie. Il en est, au contraire, qui, dans certains cas, vont à l'encontre du but cherché. Ainsi personne n'ignore combien est nuisible pour l'élément globulaire sanguin l'action des eaux minérales à *base de soude*. C'est donc exclusivement des eaux minérales *à base de chaux et lithinée*, dont *Pougues Saint-Léger* est le type, que ressort le traitement des *affections dyspeptiques, gastrites, gastralgie, dyspepsie atonique* ou *gastro-intestinale*.

Mais ce n'est pas à ce seul point de vue qu'il faut envisager l'eau minérale de Pougues. Sans la considérer comme une panacée universelle, ses attributions sont aussi nettes dans les affections qui sont la conséquence de troubles digestifs prolongés et que le professeur Bouchard a nommées : *maladies par ralentissement de la nutrition* ; dans cette classe rentreront le *diabète*, la *gravelle*, la *goutte* et comme limite extrême, l'*anémie*.

On sait que le diabète résulte d'une exagération de la fonction glycogénique du foie, lequel, sous une influence probablement nerveuse, convertit en sucre les éléments hydro-carbonatés et même azotés qui doivent servir à la nutrition générale.

Chercher à combattre la cause serait puéril, puisque celle-ci n'est encore qu'hypothétique ; il ne reste donc comme ressource qu'à réduire l'effet, autrement dit qu'à empêcher la production du sucre en favorisant dans la plus grande mesure les deux fonctions principales de la nutrition, l'*assimilation* et la *désassimilation*.

L'eau minérale de Pougues (Saint-Léger) n'est plus à faire ses preuves dans le *diabète*, et les attestations du *professeur Lécorché*, dont la compétence en ces matières fait autorité, sont assez affirmatives sur ce sujet.

Pour la *goutte* et la *gravelle*, qu'elle soit *urique*, *phosphatique*, *oxalique*, l'indication n'est pas moins favorable.

Quels sont, en effet, les produits caractérisant ces affections ? Le plus souvent des *composés uriques* auxquels il ne manque qu'une oxydation plus parfaite pour arriver à l'état d'*urée*. C'est donc à un médicament facilitant la combustion organique, qu'il faut avoir recours ; l'eau minérale de Pougues, par son *acide carbonique*, que les dernières recherches du docteur Bovet portent à 75 pour 100, sera un oxydant des plus énergiques, à la dose d'une bouteille par jour.

Quant à l'*anémie* ou à la *chlorose*, c'est-à-dire les maladies où l'élément globulaire sanguin est altéré dans sa composition, l'eau de Pougues s'imposera d'elle-même, tant par le fer qu'elle contient, que par la chaux qui est le principe reconstituant par excellence de nos tissus.

Et pour nous résumer, nous emprunterons à M. le Dr Mignot, président de l'Association des médecins de la Nièvre, médecin consultant à Pougues, les conclusions suivantes :

Les eaux minérales de Pougues (Saint-Léger) sont employées avec succès :

1° *Dans les maladies des voies digestives, sans lésion matérielle et sans inflammation aiguë* ;

2° *Dans les maladies des annexes des voies digestives : foie, pancréas, etc.* ;

3° *Dans les maladies des organes génito-urinaires chez l'homme et chez la femme* ;

4° *Dans certaines maladies générales : anémie, diabète, albuminurie, goutte, hydropisies, cachexies, convalescences.*

Dr Cezar.

(1) Mémoire (1884) couronné par l'Académie de médecine.

NOTES ET INFORMATIONS.

Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Présidence de M. Brouardel.

M. Henri Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publique, se rend compte de la situation à l'intérieur :

Le typhus exanthématique qui avait disparu de l'île Tudy y a reparu. M. le docteur Toinot est reparti dimanche pour le Finistère. Le comité sera tenu au courant des résultats de sa mission.

— On peut considérer comme terminée la petite épidémie de variole qui s'était déclarée à l'asile d'aliénés de Dijon. Tous les pensionnaires et tout le personnel ont été vaccinés ou revaccinés.

— La fièvre typhoïde existe et est en croissance à Compiègne. L'hospice de cette ville avait, au bulletin de la semaine du 28 juin au 5 juillet, 1 typhique ; 6 au bulletin du 5 au 12 juillet ; 9, dont 8 civils, au bulletin du 12 au 19 juillet. Un rapport est demandé au médecin des épidémies. M. Monod rappelle qu'à Compiègne on boit de l'eau de l'Oise.

— M. le docteur Proust fait la communication suivante :

Une dépêche de Lisbonne nous apprend qu'une épidémie de variole règne à Saint-Vincent-du-Cap-Vert.

Le choléra continue à s'étendre en Arabie, du côté d'Alep et dans la mer Rouge.

Choléra de Syrie : à Hérim, à Hammam, à Killi, à Alay-Bey, à Antioche, la statistique officielle habituellement au-dessous de la réalité, donne 72 cas de choléra du 9 juin au 5 juillet.

Une dépêche d'Alep, du 20 juillet, annonce que 157 cas de choléra dont 69 mortels ont été constatés officiellement dans cette ville du 2 au 19 juillet.

Le 22 juillet, 189 cas ont été constatés à Alep.

Choléra de la Mecque. — On a constaté officiellement à la Mecque :

12 juillet,	choléra........	35	décès.
13	—	22	—
14	—	27	—
19	—	383	—

et un cas à Djeddah.

Du 20 au 22 juillet, 1121 à la Mecque et 3 à Djedhah.

Le gouvernement autrichien vient de prescrire une observation de 7 jours aux provenances du golfe d'Alexandrette et de la mer Rouge. Ces mesures ne seront appliquées qu'aux navires qui auront effectué leur voyage dans des conditions normales; dans le cas contraire, le gouvernement maritime se réserve d'édicter des prescriptions particulières.

Le gouvernement de Chypre a prescrit une observation de dix jours au moins aux mêmes provenances arrivant dans le port de Larnaca.

Le gouvernement égyptien a reçu du gouvernement de la Sublime-Porte une communication au sujet des mesures ayant pour but d'améliorer la situation hygiénique du campement de Djebel-Tor.

Les mesures proposées par la Sublime-Porte se résument ainsi qu'il suit :

1° Soumettre à la quarantaine lors de l'apparition du choléra sur une des côtes de la mer Rouge les passagers transitant le canal de Suez et venant de la mer Rouge ; 2° construire des lazarets en maçonnerie ou en bois d'après le nouveau système, distant de 50 mètres au moins les uns des autres et pouvant contenir quarante ou cinquante personnes chacun ; 3° construire également des hôpitaux à une certaine distance des lazarets ; empêcher tout contact des cholériques avec ceux atteints de maladies ordinaires.

Le conseil international d'Alexandrie, par 10 voix contre 2, a décidé d'autoriser le vapeur ottoman *Kaiserieh* à transiter en quarantaine le canal de Suez. Il y a eu 8 abstentions.

Amérique. — A Rio-Janeiro, l'état sanitaire s'améliore. Il en est de même à Bahia.

La ville de Galveston s'est ressentie d'une sécheresse prolongée. L'eau de citerne est, dans cette ville, la seule eau potable. Vers la fin de juin, il n'avait pas plu depuis deux mois et demi. Beaucoup de citernes étaient à sec et le liquide qui restait au fond des autres, bu sans être bouilli ou filtré, n'a pas tardé à exercer une influence fâcheuse sur la santé publique. On a constaté bientôt un certain nombre de fièvres pernicieuses et de fièvres typhoïdes.

— Le Conseil supérieur de l'instruction publique, a tenu lundi sa deuxième séance.

Dans l'ordre de l'enseignement supérieur, il a adopté : 1° un projet de décret relatif au délai d'ajournement au premier examen de doctorat en médecine. Il est ainsi conçu :

Article 1er. Les aspirants au grade de docteur en médecine ajournés au premier examen pendant les sessions de juillet et de novembre peuvent renouveler cet examen dans une session spéciale, qui sera ouverte dans la première quinzaine de janvier au siège des Facultés.

Ces étudiants seront admis aux travaux pratiques de deuxième année, à partir du 3 novembre précédent.

En cas d'échec à la session de janvier, ils sont définitivement ajournés à la session de juillet suivant et ne peuvent prendre aucune inscription de deuxième année.

En cas de succès, et sur la justification de leur participation effective aux travaux pratiques de deuxième année, ils sont admis à prendre immédiatement les 5e et 6e inscriptions à titre rétroactif.

Art. 2. Les étudiants des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, ajournés au même examen pendant les sessions d'août et de novembre par le jury siégeant dans ces écoles, peuvent prendre part, dans les conditions indiquées à l'article 1er, à la session de janvier des Facultés de médecine.

2° Un projet de décret relatif à l'honorariat des professeurs de Faculté. Il est ainsi conçu :

Article 1er. Le titre de professeur honoraire conféré à un ancien professeur de Faculté, par application de l'article 41 du décret du 28 décembre 1885, peut être retiré par décret rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, après avis conforme de la section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique, l'intéressé entendu ou dûment convoqué.

3° Le projet d'arrêté suivant, relatif aux circonscriptions médicales de Bordeaux et de Toulouse :

Article 1er. A dater du 1er novembre 1891, les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie de Bordeaux et de Toulouse et l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges délivreront les certificats d'aptitude correspondant au diplômes nécessaires pour exercer les professions d'officier de santé, de pharmacien de 2e classe, de sage-femme et d'herboriste de 2e classe, dans les départements ci-après désignés :

Faculté de Bordeaux : Gironde, Landes, Basses-Pyrénées, Lot-et-Garonne, Gers.

Faculté de Toulouse : Haute-Garonne, Haute-Pyrénées, Ariège, Tarn, Tarn-et-Garonne.

École préparatoire de Limoges : Haute-Vienne, Corrèze, Dordogne, Lot.

Art. 2. Les sessions d'examens sont présidées :

Dans l'école de Clermont, par les professeurs de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse.

Dans les écoles de Limoges et de Poitiers, par les professeurs de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

— Une intéressante expérience de train ambulancier a eu lieu mardi sur la ligne de l'Ouest.

A six heures dix du matin un train composé de 12 wagons où avaient pris place des médecins militaires et civils et les chefs du service de santé, est parti pour Dieppe, d'où il est rentré le soir à minuit vingt-cinq.

Dans chaque compartiment étaient placés des systèmes de suspension de divers modèles, présentés notamment par MM. Améline, le comte de Beaufort, le Dr Deprés, le Dr Bréchot, etc., où étaient accrochés les brancards réglementaires. Certains de ces systèmes de suspension admettent le couloir central avec trois rangées de cadres superposés à la place des banquettes ; d'autres se composent d'un bâtis central métallique qui sépare et soutient les trois rangées de supports.

Pendant le trajet, des ouvriers d'administration représentant « les blessés », étaient couchés dans les brancards, tandis que le train accomplissait les mouvements ordinaires de marche, d'arrêt lent ou brusque, et de stationnement.

Les chefs du service de santé et les médecins militaires ont pris de nombreuses notes qui leur permettront de faire un choix utile d'ici peu, de façon à augmenter le rendement des trains sanitaires et rendre aux blessés le transport moins pénible.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. — M. le Dr Ricard, agrégé, suppléant M. le professeur Verneuil, fait ses leçons cliniques les lundi et vendredi, à 10 heures.

— Un concours s'ouvrira le 1er février 1892, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Facultés et Écoles des départements.

Faculté de médecine de Bordeaux. — MM. les Drs Barret, de Nazaris et Lacaze, sont institués, pour deux ans, à partir du 1er novembre 1891, chefs de clinique chirurgicale.

Faculté de médecine de Toulouse. — Sont nommés préparateurs jusqu'à la fin de la présente année scolaire : MM. Soulié (histologie), Bardier (physiologie), Baylac (pathologie interne), et Soula (matière médicale).

— M. Charpy, professeur d'anatomie, est nommé, en outre, directeur des travaux anatomiques à ladite Faculté.

École de médecine d'Alger. — M. le Dr Lafosse est nommé, à partir du 1er novembre 1891, chef du laboratoire des cliniques (emploi nouveau).

École de médecine de Caen. — M. Guillet, chargé d'un cours de pathologie interne et médecine opératoire, est nommé professeur de pathologie externe et médecine opératoire.

École de médecine de Reims. — M. Doyen est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

École de médecine de Clermont. — Par décret, en date du 27 juillet, la chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, est supprimée. — Il est créé à cette École une chaire de clinique obstétricale et de gynécologie.

Hôpitaux de Paris.

Concours pour l'internat. — L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes aura lieu le lundi 19 octobre, à midi précis. Un avis ultérieur indiquera le lieu où les candidats devront se réunir pour subir la première épreuve.

MM. les élèves externes en médecine et en chirurgie de 2e et de 3e année sont prévenus qu'en exécution du règlement, ils sont tous tenus de prendre part au concours des prix, sous peine d'être rayés des cadres des élèves des hôpitaux et hospices.

Les élèves seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, depuis le mardi 1er septembre jusqu'au mercredi 30 du même mois inclusivement.

Concours de l'externat. — L'ouverture du concours pour l'externat aura lieu le mardi 20 octobre, à 4 heures précises, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, 3.

Les étudiants qui désireront prendre part à ce concours, seront admis à se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, depuis le mardi 1er septembre jusqu'au mercredi 30 du même mois inclusivement.

Corps de santé de la marine.

Par décret, en date du 27 juillet, M. Bonsignorio (André-Eugène-Etienne), médecine auxiliaire de 2e classe, a été nommé médecin de 2e classe.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — Téléphone.

62e ANNÉE. 7e SÉRIE. TOME VIII — N° 32 — 8 AOUT 1891

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE REDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F DE RANSE
Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).
Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 53, Av Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

THÉRAPEUTIQUE

NOTE SUR L'ANTISEPSIE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE PAR L'INJECTION LENTE D'HUILE CRÉOSOTÉE AU QUINZIÈME (1).

Par le Dr GIMBERT (de Cannes).

Depuis plus de cinq ans, nous appliquons au traitement de la phthisie pulmonaire et d'autres tuberculoses une méthode thérapeutique que nous pouvons considérer aujourd'hui comme très sérieuse. Nous inspirant des résultats que nous avions obtenus, avec le professeur Bouchard (2), en essayant de combattre les manifestations pulmonaires de la phthisie par l'administration de la créosote pure et des tentatives faites en 1875 par notre éminent confrère en vue d'injecter par la voie sous-cutanée des solutions concentrées de créosote, nous avons, dès l'année 1886, repris l'étude de cette question et, dans un mémoire publié en 1889 par la *Gazette hebdomadaire*, nous avions établi que l'huile d'olive, rapidement acide après son extraction, peut être neutralisée par des lavages à l'alcool absolu; qu'une température de 110° suffit à la stériliser ; enfin que la la solution huileuse au quinzième de créosote vraie respecte intégralement la structure, les fonctions du tissu sous-dermique et peut être absorbée en toutes proportions et à des doses très élevées si l'on a soin de la faire pénétrer avec lenteur.

Ces conclusions ont été généralement admises. Mais aujourd'hui, après avoir pratiqué plus de 3.000 injections d'huile créosotée au quinzième, en ayant soin de n'en faire pénétrer par heure que 30 grammes, nous nous croyons autorisé à ajouter la conclusion suivante :

L'injection d'huile créosotée, employée suivant une méthode bien déterminée, peut, dans un grand nombre de cas, créer l'antisepsie de la tuberculose en évolution, c'est-à-dire détruire, supprimer les microbes variés, associés de la tuberculose et de la phthisie, et leurs toxines, et préparer des guérisons définitives ou apparentes.

C'est dans le but de mettre tous les médecins à même d'étudier sérieusement cette méthode clinique, que j'ai pensé devoir, avant de publier les nombreuses observations sur lesquelles elle s'appuie, indiquer avec quelques détails les effets physiologiques, thérapeutiques et cliniques des injections lentes d'huile créosotée.

Procédé opératoire et préparations. — Je ne reviendrai pas sur la technique opératoire décrite en 1889 dans la *Gazette hebdomadaire* et adoptée, avec légères modifications, par la plupart des observateurs. Je continue à me servir de l'appareil que j'ai décrit dans mon deuxième mémoire, en le modifiant suivant les circonstances, mais j'insiste sur la nécessité de le bien stériliser avec une solution alcoolique de napthol au centième. Je recommanderai aussi expressément de se servir de créosote *pure*, c'est-à-dire de créosote distillée entre 200 et 212 degrés, présentant une densité de 1.080 et débarrassée de l'acide phénique qu'elle contient. Cette créosote n'est pas indigeste ; elle ne présente pas l'action irritante de la créosote du commerce ; son goût est moins désagréable. Ses effets sont très réguliers.

Enfin j'insiste plus que jamais sur la nécessité de préférer à tout autre véhicule l'huile d'olive neutralisée et stérilisée qui donne toute sécurité au point de vue des inflammations locales et permet d'injecter, sans accidents, des doses relativement très élevées de créosote.

L'huile, en effet, est absorbée en toute proportion, par le tissu cellulaire; elle n'est pas plus dangereuse à dose élevée que toute autre solution stérilisée. Si elle n'est point un antiseptique de la tuberculose, ainsi que l'a démontré M. Charrin (1), elle est un bon combustible et un aliment plastique.

Physiologie. — Si l'on administre à un sujet sain 2 ou 3 grammes de créosote dissoute dans de l'huile stérilisée, on détermine un abaissement léger et éphémère de la température. Elle ralentit le pouls et la respiration. Elle excite le système nerveux, et provoque l'appétit. Elle s'élimine rapidement et en masse par les voies respiratoires, moins par le rein et par la peau. Durant son passage à travers ces organes, elle ne cause aucune irritation.

La rapidité avec laquelle, durant l'injection, se perçoivent le goût et l'odeur du médicament injecté fait prévoir l'intensité de son action sur l'appareil respiratoire. Il est probable que cette action s'exerce aussi sur les reins et même sur la peau.

La créosote a un pouvoir antiseptique indiscutable.

M. Bouchard a établi que 6 centigrammes de créosote en dissolution suffisaient pour stériliser un litre de bouillon. Qu'il en faudrait dès lors 3 gram. 60 dans le sang d'un homme du poids de 60 kilogs pour stériliser son milieu intérieur. Or, comme l'on peut injecter impunément chez l'homme sain des

(1) Communication faite au Congrès de la tuberculose.
(2) *Gazette hebdomadaire*, 1877, p. 486 et suiv.

(1) Pour arrêter avec l'huile neutralisée aseptique des cultures de staphylococcus aureus en plein développement, M. Charrin a dû ajouter au milieu 50 0/0 de ce liquide, preuve évidente qu'il n'avait aucune propriété microbicide.

doses de 5 à 15 grammes de créosote, nous sommes autorisé à affirmer qu'il est très souvent possible d'arriver aux doses vraiment et définitivement antiseptiques.

Effets thérapeutiques. — Quand on injecte 2 à 3 grammes de créosote à un malade, on provoque presque toujours une sensation vive de chaleur, la face se colore, la température du sang s'élève pendant quelques minutes, puis le front, la face, le corps se couvrent de sueur. Aussitôt après, le pouls, la respiration se ralentissent et la température baisse. Après un temps variable tous ces troubles se calment, l'appétit s'éveille, une nuit très calme succède à une agitation légère, le malade éprouve un grand bien-être. Parfois dans les cas apyrétiques, le plus souvent dans les cas fébriles, il arrive que six heures après l'injection le malade éprouve une sensation de froid pouvant aller jusqu'au frisson et suivie d'un véritable accès de fièvre.

En résumant nos observations cliniques, nous pouvons diviser en trois phases l'évolution thérapeutique des phénomènes provoqués par l'injection d'huile créosotée. La première phase dite *de réfrigération* est caractérisée par une chute de la température, des sueurs et un ralentissement du pouls et de la respiration. La seconde, dite *d'équilibre*, correspondant au retour de la température à la normale. la troisième dite *de réaction* est provoquée par des modifications passagères du tissu pulmonaire et des élévations de température qui, dès qu'elles dépassent un degré, acquièrent une importance et une signification sur lesquelles il convient d'insister.

Phase de réfrigération. — Les abaissements de température commencent aussitôt après l'injection, ils peuvent être insignifiants ou considérables à volonté, car ils dépendent surtout de la dose injectée et du plus ou moins de résistance des malades. Toutes choses égales d'ailleurs ils seront négligeables chez les sujets robustes, mais ils pourront être trop vifs chez des sujets faibles. La réfrigération n'est pas speciale à l'injection, elle a été signalée en 1877 (1), par Bouchard et Gimbert dans la fièvre typhoïde, la pneumonie traitées par la voie stomacale. Elle n'est pas spéciale aux tuberculeux, Legroux l'ayant determinée par l'injection dans la diphtérie. Elle doit donc être considérée comme une propriété spéciale de la créosote. L'injection lui donne plus de netteté, plus d'intensité.

La créosote est donc un anti-thermique. On a prétendu que l'injection en faisait un pyrétogène. C'est là une erreur. L'injection dans la tuberculose diminue la fièvre et lorsque sous son influence nait un accès, c'est qu'il est le résultat d'une réaction thérapeutique. Si la dose a été trop élevée d'emblée ou si le sujet est peu résistant, cette action antithermique peut dépasser la mesure; alors surviennent le ralentissement et la dépression du pouls, la diaphorèse et même une tendance à la lipothymie. Mais le plus souvent, le ralentissement de la respiration persiste, et l'accoutumance s'établissant assez rapidement, le ralentissement du pouls, l'abaissement de la température et les sueurs disparaissent. L'on arrive ainsi à pouvoir augmenter les doses du médicament et à constater que la respiration devient progressivement plus ample et plus régulière. Parfois cependant, l'accoutumance tarde à s'établir, les réactions sont fréquentes ou enfin, ce que l'on constate dans les cas graves, l'inaccoutumance est définitive. Dans ces cas exceptionnels, on n'a rien à espérer des injections et la maladie suit un cours fatal qu'aucune médication ne parvient à enrayer.

Phase d'équilibre ou silencieuse de l'injection. — Cette phase suit immédiatement la précédente. Elle coïncide avec l'état d'apyrexie du malade, elle peut être indéfinie on intermédiaire à la phase de réfrigération, à la phase de réaction morbide ou de réaction thérapeutique.

La phase d'équilibre est caractérisée par la disparition des accidents de réfrigération, par le relèvement et l'état stationnaire des températures apyrétiques, par un état de calme, de bien-être marqué. C'est dans cette période que se manifeste le retour de l'appétit, du sommeil, et par conséquent des forces.

Réaction. — La réaction, qu'il ne faut pas confondre avec la fièvre tuberculeuse, est un phénomène thérapeutique provoqué par la créosote. Elle se présente souvent pendant l'évolution thérapeutique, elle est un effet de la créosote, quel que soit son mode d'absorption. Elle est explicitement décrite en 1877, alors que nous prescrivions la créosote par la voie gastrique, à la page 14 de notre mémoire.

Cette réaction est caractérisée par une fluxion plus ou moins vive, fébrile qui se fait dans les régions tuberculisées; elle en précise les limites. On constate, en effet, dès qu'elle se manifeste, des douleurs thoraciques, des râles bullaires variés, l'expectoration augmente, devient mousseuse, blanchâtre, puis jaunâtre, pour diminuer ensuite; la fièvre dure quelques heures, une journée au plus, puis elle s'éteint.

Après la crise, le poumon est moins encombré qu'au début du traitement. Les températures sont plus basses qu'auparavant, l'appétit est stimule et le sommeil devient meilleur.

La réaction n'est donc point une poussée tuberculeuse, c'est une fluxion vitale fébrile que nous pourrions comparer à celle qui fait naître un collyre antiseptique dans la conjonctivite purulente; elle en présente les symptômes et l'évolution et en aura donc les avantages. Sous son influence, en effet, se produit une diapédèse rapide, abondante de leucocytes, de cellules épithéliales. de noyaux embryonnaires et des liquides normaux, qui imprègnent et baignent les portions malades et où les bacilles et les ferments solubles se détruisent rapidement. Il en résulte une élimination des portions malades et un nettoyage des surfaces infectées.

La réaction contribue donc à éteindre progressivement le processus tuberculeux, mais il importe qu'elle soit toujours modérée; il est d'ailleurs possible de la réduire à son minimum et cependant, d'atteindre le but que nous nous proposons, nous voulons dire l'antisepsie pulmonaire.

La réaction ne naît jamais brutalement lorsqu'on procède avec prudence et que le malade sait se soigner. Dans les formes apyrétiques, elle est annoncée par des élévations progressives et silencieuses de la température que l'on ne peut apprécier que sur des tracés. Dans les formes fébriles une surélévation de température d'un degré au dessus des maxima habituels en signale l'imminence. Dans les évolutions tuberculeuses de moyenne intensité, la première réaction sérieuse doit se manifester pendant les quinze premières injections. Dans une médication bien conduite elle sera des plus nettes et ne dépassera jamais 39° pour des formes apyrétiques on ne dépassant jamais 38°; ou 40° lorsqu'il s'agit des formes fébriles dans lesquelles la température du soir oscille entre 39° et 39°,5. D'autres réactions peuvent suivre cette première poussée; mais elles ne devront jamais égaler celle-ci en durée et en intensité, elles devront s'éloigner au contraire de plus en plus les unes des autres en s'affaiblissant et enfin disparaître radicalement à un moment donné. C'est alors que l'on sera

(1) Note sur l'emploi de la créosote vraie, dans le traitement de la phtisie pulmonaire. Ch. Bouchard et Gimbert (de Cannes). *Gazette hebdomadaire*, 1877.

certain de voir le processus tuberculeux s'arrêter peu à peu dans son évolution. La réaction est donc comme le fil conducteur de toute bonne médication antituberculeuse.

Voyons donc comment il convient de procéder en suivant les indications qu'elle nous fournit. Pour arriver à un résultat favorable, c'est-à-dire pour supprimer ou modérer les réactions, il faut connaître la résistance du sujet, son poids, ses forces, l'étendue des lésions, la marche de la maladie et surtout les évolutions de la température, que l'on enregistrera toutes les deux, quatre ou douze heures, suivant que la maladie sera aiguë, subaiguë, apyrétique. Instruit par l'observation des caractères de la réaction de son évolution future très probable, connaissant d'avance les rapports de ce phénomène avec la dose du liquide injecté le jour ou les jours précédents, sachant, d'autre part, qu'il faut conduire l'injection de manière à arriver à l'accoutumance du sujet et à la tolérance, on recherchera la dose thérapeutique qui convient à la situation actuelle, quelques tâtonnements suffiront à la trouver. Dès lors on tiendra le plus grand compte des oscillations nouvelles de la température et l'on augmentera ou diminuera les doses, on éloignera ou rapprochera les injections, suivant qu'il se produira des écarts plus ou moins grands entre les températures naturelles et les températures provoquées; enfin, on aura soin au début de faire deux injections éloignées de deux ou trois jours ou des injections faibles tous les jours. Nous avons parfois procédé autrement, mais ce n'est pas une bonne pratique. S'il survient une réaction de quelque importance, on retardera l'injection, on recommencera avec des doses plus faibles que les dernières, employées pour tâter la sensibilité du poumon. On ne les augmentera que si la tolérance s'établit.

(*A suivre.*)

CHIRURGIE PRATIQUE

ÉTUDE ET CRITIQUE EXPÉRIMENTALES DE LA TRACTION PAR LES POIDS DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU CORPS DU FÉMUR PAR L'EXTENSION DANS LA RECTITUDE.

Par le Dr PAUL THIÉRY,
Prosecteur de la Faculté.

(*Suite*) (1)

EXPÉRIENCE VI. — Pour déterminer la part qui revient aux muscles et aux aponévroses dans les difficultés de la réduction et de la fracture, nous avons (le membre restant couché sur des draps matelassés et la traction étant fixée, comme dans la plupart des expériences ci-dessus à la plante du pied) coupé circulairement tous les muscles au niveau du foyer de la fracture, le segment de membre presque détaché n'attenant plus que par la peau et quelques parties aponévrotiques qui la doublent; nous avons pesé plus tard ce segment de membre, il pesait 4 kilogr.

Le chevauchement produit étant de 22 millimètres,

Pour une traction de	3 kil. 500	la réduction est de	1/2 m/m
—	4 kil. 500	—	1 m/m 1/2
—	5 kil. 500	—	4 m/m
—	6 kil. 500	—	8 m/m
—	7 kil. 500	—	11 m/m 1/2
—	8 kil. 500	—	12 m/m
—	9 kil. 500	—	13 m/m
—	10 kil. 500	—	16 m/m 1/2
—	11 kil. 500	—	18 m/m
—	12 kil. 500	—	22 m/m

(1) Voir les nos 24, 25, 26, 28 et 30.

C'est-à-dire que dans ce cas on peut obtenir la réduction complète. Il n'en faudrait pas conclure, pensons-nous, que le chloroforme supprimant le muscle ou l'extension continue le lassant, le même résultat pût être obtenu sur le vivant. Ce serait une grave erreur et la meilleure preuve que nous en puissions donner, c'est que ce résultat ne peut être obtenu sur le cadavre (1), lorsque les muscles, bien que nécessairement relâchés, alors qu'on produit artificiellement le chevauchement et sans tonus qui puisse réagir, peuvent être comparés aux muscles dont la motilité est abolie par le chloroforme ou diminée par la fatigue.

Des expériences précédentes, il résulte donc que pour produire par la simple extension la réduction d'une fracture du fémur, même accompagnée de peu de chevauchement il faut employer une traction relativement considérable, qui justifie les vues de Crosby, lequel conseille d'exercer dans ces fractures la traction par 14 kilogr., chiffre encore insuffisant : il en résulte encore que l'efficacité de la réduction varie suivant les conditions dans lesquelles le membre se trouve placé et que l'appareil à suspension est celui qui paraît réaliser les plus grands avantages.

Les expériences précédentes sont résumées dans le tableau suivant, afin que l'on puisse comparer.

Force de traction pour un chevauchement de 22 m/m.	Le membre repose sur un hamac fixe.	Le membre repose sur une table horizontale.	Le membre repose sur des draps. Table non horizontale.	Le membre est suspendu. Table horizontale.	Procédé du diachylon. Membre sur les draps. Cou fixé en contre-extension.	Le membre repose sur les draps du lit. Traction sur l'aponévrose plantaire. Tous les muscles sont coupés, il reste le manchon cutanéo aponévrot. Cou fixé en contre-extension.
—	—	—	—	—	—	—
3 kil. 5	4 m/m	4 m/m	....	....	1/2 m/m	1/2 m/m
4 kil. 5	6 m/m	5 m/m	....	....	1/2 m/m	1 m/m 1/2
5 kil. 5	7 m/m 1/2	7 m/m	3 m/m	4 m/m 5	1 m/m 1/2	4 m/m
6 kil. 5	8 m/m 1/2	8 m/m	5 m/m	6 m/m 5	3 m/m	8 m/m
7 kil. 5	10 m/m	....	6 m/m	8 m/m	4 m/m 1/2	11 m/m 1/2
8 kil. 5	10 m/m 1/2	9 m/m 5	6 m/m	9 m/m	6 m/m	12 m/m
9 kil. 5	11 m/m 1/2	....	....	11 m/m 5	6 m/m 1/4	13 m/m
10 kil. 5	12 m/m	10 m/m 5	7 m/m	12 m/m	7 m/m	16 m/m 1/2
11 kil. 5	....	10 m/m	....	....	9 m/m	18 m/m
12 kil. 5	13 m/m	10 m/m 5	9 m/m	15 m/m	9 m/m 1/2	22 m/m
13 kil. 5	13 m/m 1/2	11 m/m 5	9 m/m	15 m/m	10 m/m 1/2	
14 kil. 5	....	....	....	....	10 m/m 3/4	
15 kil. 5	13 m/m 1/2	14 m/m 5	11 m/m	16 m/m 5	10 m/m 3/4	
16 kil. 5	14 m/m 1/2	....	....	....	12 m/m	
17 kil. 5	16 m.m	15 m/m 5	11 m/m 5	18 m/m	13 m/m 1/2	
18 kil. 5	16 m/m	15 m/m 5	....	....	14 m/m	
19 kil. 5	16 m/m	....	13 m/m	19 m/m	14 m/m 1/4	
20 kil. 5	17 m/m	17 m/m 5	13 m/m 5	20 m/m	14 m/m 1/4	
21 kil. 5	17 m/m	....	....	....	15 m/m	
22 kil. 5	17 m/m	....	15 m/m 5	21 m/m	17 m/m	
23 kil. 5	....	....	....	....	18 m/m	
24 kil. 5	17 m/m 1/2	19 m/m	....	....	19 m/m 1/2	
25 kil. 5	....	....	....	....	19 m/m 1/2	
26 kil. 5	17 m/m 1/2	....	17 ou 17 m/m 5	22 m/m	20 m/m	
27 kil. 5	....	....	17 ou 17 m/m 5	22 m/m	21 m/m	

2° DE LA TRACTION CONSIDÉRÉE COMME MOYEN D'EXTENSION APRÈS RÉDUCTION MANUELLE DE LA FRACTURE.

Pour juger ensuite de l'extensibilité des parties molles au-delà de leurs dimensions naturelles, pour nous rendre compte

(1) Expériences I, II, III, IV, V.

de l'allongement, à notre avis peu probable, mais au dire de quelques auteurs, possible, observé après le traitement de quelques fractures par la traction continue, nous avons voulu déterminer expérimentalement dans les expériences VII à XII, les conditions de cette *élongation* du segment de membre. La disposition expérimentale est la même pour cette série d'expériences et la précédente, en sorte que les conditions physiques sont identiques pour les expériences I et VII, II et VIII — III et IX — IV et X — V et XI — VI et XII.

Dans toutes, la fracture est exactement réduite au début de l'expérience; les causes qui luttent surtout contre l'élongation sont le poids et le frottement du membre, la résistance, pseudotonicité et élasticité des tissus, cette dernière permettant l'élongation, mais tendant à la détruire après qu'elle a été produite; elle est d'ailleurs plus faible sur le cadavre.

Expérience VII. — Comme dans notre expérience I, le membre repose directement sur la table sans interposition d'aucune toile ou linge. Il faut noter que la légère humidité de la table augmente un peu, l'adhérence du membre.

La fracture est réduite.

La traction à	5 kil.	produit un écartement des fragments de	0 m/m
—	6 kil.	—	0 m/m
—	9 kil.	—	1 m/m
—	20 kil.	—	3 m/m
—	24 kil.	—	6 m/m

Expérience VIII. — Le sujet repose sur d'épaisses couches de toiles d'emballage faisant matelas et recouvertes d'un drap d'hôpital. Les pieds de la table sont soulevés à 10 centim. du sol. La fracture est réduite au moment où l'on commence la traction.

La traction à	7 kil. 500	produit un écartement de	0 m/m
—	8 kil. 500	—	0 m/m
—	11 kil. 500	—	0 m/m
—	17 kil. 500	—	3 m/m
—	22 kil. 500	—	4 m/m
—	26 kil. 500	—	5 m/m 1/2 (1)

Ici encore nous reconnaissons l'influence nocive du frottement du membre sur les draps, puisqu'une traction de 9 kilog. peut, dans l'expérience VII, produire un écartement de 1 millim. et que le frottement survenant (le poids du membre restant le même), 11 kil. 500 deviennent impuissants.

Expérience IX. — L'expérience suivante a été faite dans les conditions de notre expérience III; le membre est supporté sur un hamac fixe, cloué sur deux billots : la fracture est réduite.

La traction à	2 kil. 500	produit un écartement de	0 m/m
—	4 kil. 500	—	1/2 m/m
—	5 kil. 500	—	1/2 m/m
—	7 kil. 500	—	1 m/m
—	8 kil. 500	—	1 m/m
—	9 kil. 500	—	1 m/m
—	10 kil. 500	—	1 m/m
—	12 kil. 500	—	1 m/m 1/2
—	17 kil. 500	—	3 m/m
—	18 kil. 500	—	3 m/m
—	19 kil. 500	—	3 m/m
—	20 kil. 500	—	3 m/m
—	21 kil. 500	—	3 m/m 1/2
—	22 kil. 500	—	4 m/m
—	26 kil. 500	—	5 m/m

(1) Après la constatation de ces chiffres on peut s'étonner de trouver non seulement l'absence de tout raccourcissement après une traction de 6 kilogr. seulement, mais même « un excédent de longueur. » Ricard. Fractures, page 546.

Il est à peine besoin d'insister sur ces chiffres : ils sont sensiblement égaux à ceux des expériences VII et VIII dans leur ensemble : ce qui fait surtout l'obstacle, c'est la résistance des parties molles à l'élongation et la suspension sur un hamac non mobile est primée par cette force passive : il n'y a donc pas lieu d'émettre les mêmes considérations qu'à l'égard de l'expérience III.

Expérience X. — Il n'est guère utile de répéter, à propos de l'expérience suivante, ce que nous avons dit de l'expérience IV : la disposition est la même; la réduction est faite, le membre est supporté par des cordelettes, le même regret est à exprimer à propos des défectuosités du mode de suspension qui, malgré ce qu'il a de primitif et de peu conforme aux règles qui doivent présider en mécanique à la mise en place d'un bon appareil de suspension, nous donne cependant les résultats suivants :

La traction à	7 kil. 500	produit un écartement de	1 m/m 5
—	8 kil. 500	—	2 m/m
—	11 kil. 500	—	3 m/m 5
—	17 kil. 500	—	6 m/m
—	22 kil. 500	—	9 m/m 5
—	26 kil. 500	—	12 m/m

Ainsi malgré l'importance extrême de la résistance des parties molles à l'élongation, la méthode hyponarthécique révèle ici encore sa valeur si l'on veut bien comparer les chiffres de cette expérience X avec ceux de l'expérience IX.

Expérience XI. — Pour déterminer l'influence que peut avoir la traction exercée non plus directement sur le squelette du membre mais sur la peau comme cela a lieu lorsqu'on applique la traction sur des bandelettes de diachylon, nous avons réalisé cette disposition telle qu'elle se pratique au lit du malade, le membre reposant sur des draps matelassés. La traction est appliquée sur les anses des bandes jambières de diachylon : au début de l'expérience la fracture est exactement réduite.

La traction exercée par	3 kil. 500	produit un écartement de	0 m/m
—	4 kil. 500	—	0 m/m
—	5 kil. 500	—	0 m/m
—	6 kil. 500	—	1/4
—	7 kil. 500	—	1/4
—	8 kil. 500	—	1/2
—	9 kil. 500	—	3/4
—	10 kil. 500	—	1
—	11 kil. 500	—	1 m/m 1/2
—	12 kil. 500	—	1 m/m 1/2
—	13 kil. 500	—	2 m/m 1/4
—	14 kil. 500	—	2 m/m 1/2
—	15 kil. 500	—	2 m/m 1/2
—	16 kil. 500	—	3 m/m
—	17 kil. 500	—	3 m/m 1/4
—	18 kil. 500	—	4 m/m
—	19 kil. 500	—	4 m/m
—	20 kil. 500	—	4 m/m 1/4
—	21 kil. 500	—	5 m/m
—	22 kil. 500	—	5 m/m 1/4
—	23 kil. 500	—	6 m/m
—	24 kil. 500	—	6 m/m
—	25 kil. 500	—	6 m/m
—	26 kil. 500	—	6 m/m
—	27 kil. 500	—	6 m/m

Expérience XII. — Comme dans une des expériences précédentes (expérience VI) nous avons voulu déterminer la part qui revient aux muscles et aux aponévroses parmi les causes qui s'opposent à l'écartement des fragments; le membre reposant sur des draps matelassés et la traction étant fixée à travers la plante du pied nous avons coupé circulairement tous les muscles au niveau de la

fracture, le segment n'étant plus relié à la racine dn membre que par la peau et quelques brides aponévrotiques qui la doublent. La fracture est alors réduite exactement, puis la traction appliquée.

La traction exercée par	3 kil. 500	produit nn écartement de	1/4 de m/m
—	4 kil. 500	—	1/4 de m/m
—	5 kil. 500	—	1/4 de m/m
—	6 kil. 500	—	1 m/m
—	7 kil. 500	—	2 m/m
—	8 kil. 500	—	3 m/m 1/2
—	9 kil. 500	—	4 m/m 1/2
—	10 kil. 500	—	5 m/m
—	11 kil. 500	—	6 m/m
—	12 kil. 500	—	6 m/m 1/4
—	13 kil. 500	—	7 m/m 1/2
—	14 kil. 500	—	8 m/m 1/2
—	15 kil. 500	—	10 m/m
—	16 kil. 500	—	11 m/m
—	17 kil. 500	—	13 m/m
—	18 kil. 500	—	14 m/m
—	19 kil. 500	—	15 m/m
—	20 hil. 509	—	15 m/m
—	21 kil. 500	—	15 m/m
—	22 kil. 500	—	16 m/m
—	23 kil. 500	—	17 m/m
—	24 kil. 500	—	17 m/m 1/2
—	25 kil. 500	—	18 m/m 1/2
—	26 kil. 500	—	19 m/m
—	27 kil. 500	—	19 m/m 1/2

Il est à peine besoin de signaler l'écartement considérable que produisent des poids relativement faibles; si l'on compare cependant cette expérience à celles publiées plus loin (exp. XXIV et suivantes) où le membre est complètement détaché, on verra que la différence de progression est encore considérable, elle est due surtout anx aponévroses qui doublent la peau.

Avec 27 kilogr. l'écartement est considérable; les brides aponévrotiques qui doublent la peau résistent énergiquement et sont fortement tendues. La traction de 27 kilogr. 500 restant en place, je sectionne la moitié des fibres aponévrotiques en dehors : l'écartement augmente brusquement et se mesure par 37 millim.

Puis les fibres aponévrotiques internes sont sectionnées à leur tour et la peau seule sert alors de moyen d'union entre le segment inférieur et le segment supérieur du membre. L'écartement augmente encore et atteint 42 millim.

(*A suivre.*)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

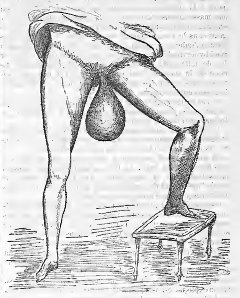
ÉNORME FIBROMYOME DE LA GRANDE LÈVRE. — OPÉRATION. GUÉRISON

Par le Dr POLAILLON,
Chirurgien de la Pitié, Professeur agrégé,
Membre de l'Académie de médecine.

Les fibromes du ligament rond sont des tumeurs peu communes, surtout quand elles occupent la grande lèvre et qu'elles acquièrent le volume de celle dont je vais rapporter l'observation.

Une dame, d'environ 45 ans, avait vu survenir, depuis nombre d'années, à la partie supérieure de la grande lèvre gauche, un épaississement dur, qu'elle ne pouvait attribuer à aucune cause traumatique on autre. Peu à pen l'épaississement devint une tumeur, qui s'accrut progressivement. Il y a quatre ans, la tumeur avait le volume dn poing. Elle était indolente et n'occasionnait pas trop de gêne. La malade refusa de la laisser enlever. Mais, depuis quatre ans, elle avait acquis de telles dimensions que l'ablation devint indispensable.

En effet, la tumeur était aussi grosse que la tête d'un enfant de 1 à 2 ans. Elle s'implantait sur la grande lèvre gauche, qui se confondait avec elle et qui lui formait un pédicule. Puis elle s'élargissait en forme de poire, et descendait jusqu'au niveau du tiers inférieur de la cuisse.



Fibro-myome developpé à l'insertion du ligament rond dans la grande lèvre gauche.
(Dessiné par M. Schmit, élève des hôpitaux.)

La peau de la grande lèvre s'étalait à sa surface. Ses poils étaient très espacés. Ses orifices glandulaires formaient de petits pertuis appréciables à l'œil nu. Son derme était hypertrophié. Mais il ne s'agissait pas là d'un éléphantiasis.

Il ne s'agissait pas non plus d'un moluscum pendulum, tumeur flasque et molle, formée aux dépens des éléments de la peau.

La tumeur était légèrement bosselée, nullement réductible. Sa consistance était assez ferme. La pean glissait à sa surface. Au-dessous d'elle, on sentait, au niveau de la grande lèvre, un cordon dur s'engageant dans le canal inguinal. La malade n'avait jamais eu de hernie. Aussi je ne m'arrêtai pas à l'idée d'une hernie épiloïque irréductible, avec hypertrophie lipomateuse des éléments de l'épiploon ou des tissus extérieurs au sac.

Par exclusion, j'arrivai au diagnostic de *tumeur fibreuse de*

la grande lèvre, affection rare, dont on ne connaît que quelques exemples.

Bien que cette tumeur ne fût pas douloureuse, elle était devenue insupportable par son volume, par son poids, par la gêne qu'elle occasionnait.

Autrefois l'opération d'une pareille tumeur aurait été grave; puisque, d'après Amourel (cité in *Diction. encyclopédique* 5e série, t. III, p. 817), sur 8 cas d'ablation, on aurait eu 4 guérisons et 4 morts. Cependant je n'hésitai pas à l'entreprendre, parce que, avec une bonne antisepsie, les chances de mort devaient être nulles.

L'opération fut pratiqué le 26 juin dernier. Deux incisions, partant du pédicule et circonscrivant une large tranche de peau à la surface de la tumeur, me permirent d'arriver sur une masse fibreuse blanche et de la disséquer jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal. A ce niveau, la tumeur se prolongeait dans le canal inguinal sous la forme d'un cordon gros comme l'index. Ce cordon n'était autre chose que le ligament rond hypertrophié. Le péritoine formait une gaine autour de lui; de telle sorte que la cavité péritoniale était ouverte. Le reste de la tumeur n'était pas enveloppé par une gaine séreuse, mais par un tissu cellulaire très lâche, qui permettait le glissement de la peau.

Je liai le ligament rond en deux faisceaux avec un fort fil de catgut; puis, l'ayant sectionné au-dessous de la ligature, je l'abandonnai dans le canal inguinal.

La tumeur fut ainsi séparée. Il ne me resta plus qu'à faire la ligature de quelques artères assez volumineuses, et à suturer les lèvres de la plaie avec des crins de Florence.

La guérison se fit par réunion immédiate, sans accidents et sans fièvre, en dix jours. La lèvre gauche était plus grosse et plus saillante que la lèvre droite. Mais j'ai eu l'occasion de revoir l'opérée, et de constater que la rétraction des tissus avait presque effacé cette disproportion.

On conçoit que l'ouverture du péritoine, au niveau du pédicule, puisse laisser pénétrer dans cette cavité des produits septiques, et on comprend la gravité de cette opération à une époque où l'on ne prenait pas les précautions nécessaires pour se mettre à l'abri de l'infection de la séreuse péritonéale.

L'examen de la tumeur a montré que j'avais eu affaire à un fibrome développé au niveau de l'insertion du ligament rond dans le sac de Broca.

L'analogie de la structure du ligament rond et du tissu utérin explique le développement, dans ce ligament, de fibromes semblables à ceux de l'utérus. La tumeur, que nous avons enlevée, présente, en effet, tous les caractères extérieurs d'un fibrome utérin. Elle est formée par du tissu fibreux et par des fibres musculaires lisses, c'est donc en réalité un fibromyôme du ligament rond (1).

REVUE DES JOURNAUX

DIABÈTE

Suite (2)

VI. — Contributions cliniques a l'étude du diabète sucré, par le Dr Leva. (*Deutsches Archiv. für. Klin. Medicin.*, t. 38, fasc. 1 et 2, p. 151, 1891.)

VI. — Sur les affections diabétiques de l'organe de la vision, par le professeur J. Hirschberg. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 13, p. 467.)

VI. — Leva relate une *première* observation de diabète sucré, prise dans le service du prof. Eichhorst, de Zurich. La malade, une femme de 37 ans, est entrée à l'hôpital le 28 décembre 1883. Elle se disait souffrante depuis cinq mois. A la suite d'un avortement elle avait eu d'abord de l'œdème des membres inférieurs, avec grande faiblesse, insomnie, anorexie qui a fait place ensuite à la polyphagie. En même temps la malade devint sujette à une soif excessive. avec sensation de brûlure dans la bouche, polyurie, diminution de l'acuité visuelle. Signes stéthoscopiques d'une lésion dans les deux sommets. T. s., 38°,5. Bacilles de Koch dans les crachats. Diarrhée. L'urine contenait de 8 à 9 0/0 de sucre; la quantité des vingt-quatre heures n'a pas pu être déterminée.

Pendant les deux mois que la malade passa à l'hôpital, l'intensité de la glycosurie alla en diminuant jusqu'à disparaître. Puis on fut à même de constater l'existence d'une néphrite hémorrhagique. La malade a succombé dans le coma, le 3 mars 1884. Le diagnostic anatomique porte : tuberculose des poumons et de l'intestin, tuméfaction chronique de la rate, néphrite hémorrhagique récente. Atrophie du pancréas, du plexus solaire et de la capsule surrénale gauche.

Après avoir donné la description des résultats de l'examen histologique des organes malades, l'auteur insiste sur ce que, dans ce cas, les lésions pulmonaires réalisaient les caractères que Leyden a attribués à la phtisie diabétique : absence de tubercules miliaires, rareté des cellules gigantesques dans les foyers tuberculeux, extension considérable de l'artérite oblitérante. Le cas confirme en outre ce que Leyden a avancé au sujet de l'absence d'hémoptysies chez les diabétiques tuberculeux, et de la rapidité de l'évolution dans cette forme de phtisie. Une autre particularité intéressante réside dans la constatation d'une atrophie du pancréas et du plexus solaire, lésions qui sont considérées depuis longtemps comme pouvant engendrer le diabète. Enfin il y a lieu de signaler que la syphilis parait avoir joué un certain rôle dans l'étiologie du diabète chez cette première malade.

Une *seconde* observation de Leva concerne un cas de diabète chez un homme de 48 ans, diabète grave, car le régime carné exclusif ne supprimait pas la glycosurie; le malade continua de rendre 40 grammes de sucre dans les vingt-quatre heures. Lorsqu'on eut fait absorber au malade du carbonate d'ammoniaque pendant quelques jours, le sucre avait disparu des urines. Mais en même temps une lésion pulmonaire des sommets subit une aggravation rapide, dégénéra en gangrène. Le malade fut pris de fièvre et se mit à maigrir (le poids corporel tomba à 40 kilog.), et au bout de quinze jours il était mort. Voilà qui démontre combien il peut être dangereux de supprimer brusquement la glycosurie chez un diabétique.

A mentionner encore que la sueur de ce malade a été examinée au point de vue de la présence éventuelle du sucre, et que cette recherche a donné un résultat négatif.

On n'a pas trouvé l'explication du dénouement rapide, dans les lésions constatées à l'autopsie. Ces lésions peuvent se résumer dans ces quelques mots : excavations dans les deux sommets; nodosités tuberculeuses dans les deux poumons; gangrène pulmonaire double.

Un *troisième* cas démontre que sans le régime, les agents thérapeutiques ne peuvent donner des résultats utiles dans le traitement du diabète. Ce régime est aujourd'hui connu de tous les médecins. On est généralement d'accord aussi qu'un remède souverain contre le diabète est encore à découvrir.

(1) La pièce anatomique a été présentée à la Société de chirurgie dans sa séance du 29 juillet.

(2) Voir le numéro 31.

Tel médicament qui est efficace dans un cas, échoue dans un autre. En fait d'agents médicamenteux antidiabétiques on a vanté surtout l'opium, l'acide salicylique, l'arsenic. Les résultats obtenus de l'emploi alternatif de ces trois médicaments, chez le malade de M. Leva, n'ont pas été bien brillants, sans doute en raison de la gravité du cas. Enfin une fois de plus on a pu constater chez ce malade que la quantité de liquide éliminée par la voie rénale peut dépasser la quantité ingérée, sans qu'il y ait perte de poids corrélative. Ce résultat ne peut s'expliquer que par la suppression de la perspiration cutanée insensible; d'autre part, chaque fois que, sous l'influence du régime, la glycosurie diminuait, la phosphaturie augmentait proportionnellement.

Une *quatrième* observation concerne une jeune diabétique de 12 ans, de parents sains; le début du diabète paraissait remonter à neuf mois, lorsque l'enfant entra à l'hôpital (sept. 1887); début sans cause appréciable, par une soif vive; amaigrissement rapide; crampes dans les mollets, pendant la nuit.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, on constatait une glycosurie assez intense, de la polyphagie, de la polydipsie, de la polyurie, un abattement général. Le sommeil était troublé par suite des mictions fréquentes. Quantité d'urines des vingt-quatre heures 1.800 cc., sucre 5,5 0/0. On fit prendre à l'enfant du sozoïodol à la dose quotidienne de 20 et 30 centigr. La quantité quotidienne des urines s'éleva à 2.200 cc., la proportion de sucre tomba à 3,3 0/0. Le cinquième jour du traitement, l'enfant présentait les symptômes du coma diabétique; mort deux jours après.

Les résultats de l'autopsie sont mentionnés dans les termes suivants : Cœur atrophié; atélectasie des portions inférieures des poumons; tuméfaction molle de la rate; reins augmentés de volume; pancréas atrophié; état trouble, lactescent, du sérum sanguin. Ce cas confirme ce qui a été dit plus haut, des caractères cliniques du diabète chez les enfants.

A noter qu'au début de son séjour à l'hôpital, la malade avait été traitée par l'antipyrine de (1 gr. 6 à 5 gr. *pro die*); sous l'influence de ce traitement, la glycosurie avait baissé considérablement; mais en même temps était survenue une dermatite fébrile grave, qui avait nécessité la suppression de la médication. Un traitement par l'eau de Carlsbad donna de bons résultats lors d'un premier essai; un second essai échoua.

Un *cinquième* cas, qui n'est resté en observation que pendant peu de temps, semble être un exemple de diabète développé sous l'influence de refroidissements. Il est vrai de dire que le sujet, un maître d'école, était devenu végétarien pour se débarrasser d'antécédents neurasthéniques. Le diabète se compliquait d'une cystite catarrhale, et celle-ci était sans influence sur la glycosurie. On a constaté chez ce malade, l'abolition des réflexes patellaires des deux côtés.

Un *sixième* cas ne présente à signaler que cette seule particularité : sous l'influence du régime carné, la glycosurie disparaissait complètement; l'emploi de l'eau de Carlsbad a donné de mauvais résultats.

Chez un *septième* malade, le régime carné exclusif faisait diminuer la glycosurie, sans la supprimer; en même temps la réaction bien connue par le perchlorure de fer se manifestait d'une façon plus nette dans les urines, preuve que les produits toxiques de désassimilation, qu'on considère comme la cause efficiente du coma diabétique, étaient fabriqués en plus grande quantité. Le même fait a été constaté chez le sujet de la seconde observation.

Chez le sujet de la *huitième* observation, il y avait des raisons de croire à l'existence d'une athéromasie de l'aorte. La malade, une femme de 29 ans, est devenue sujette à des accès de tachycardie.

Enfin, une *neuvième* et dernière observation concerne une femme de 45 ans, affectée d'un diabète grave. Sous l'influence du régime carné exclusif, la quantité de sucre éliminée dans les vingt-quatre heures est tombée de 158 gr. à 20 gr. Chez cette femme on a noté des symptômes nerveux qu'on observe dans le tabes dorsalis, sensation de paresthésie dans les jambes, sensation de constriction en ceinture, abolition des réflexes patellaires. Après cinq semaines de séjour à l'hôpital et alors qu'elle était soumise au régime carné exclusif, la malade a succombé dans le coma diabétique. A l'autopsie on trouva les lésions suivantes : dégénérescence graisseuse très prononcée des reins et du foie, cicatrices en rapport avec d'anciens foyers d'infarctus dans les reins, atrophie considérable du cœur, atrophie légère de la rate, atrophie du pancréas, dégénérescence graisseuse de l'aorte, hyperémie de la pie-mère.

Dans ce cas, comme dans celui de l'observation n° 6, les accidents du coma diabétique ont éclaté après que, sous l'influence du régime carné exclusif, la glycosurie eut baissé rapidement et considérablement. Dans les deux cas, on a trouvé des foyers de nécrose épithéliale dans les reins, une dégénérescence graisseuse du foie, l'atrophie du pancréas et de la rate. Pour l'auteur, ces lésions, qui ne se sont pas développées du jour au lendemain, ne sont pas la cause du coma diabétique; elles sont, au même titre que ce dernier, des effets d'une accumulation de poisons dans le sang, consécutive à la rétention du sucre. La nature de ces poisons reste encore à connaître.

Leva s'est occupé ensuite de la fréquence du diabète dans le canton de Zurich. Les statistiques officielles mentionnent que, sur un total de 33,424 décès survenus en l'espace de cinq ans, le diabète est signalé 23 fois comme cause de mort. La maladie paraît être plus fréquente dans la clientèle privée, car le professeur Eichhorst compte environ 6 diabétiques sur 1,000 malades qui ont réclamé ses conseils hors de l'hôpital. En somme, le diabète paraît être très rare dans le canton de Zurich.

VI. — Dans deux précédents articles, le prof. Hirschberg s'était occupé d'une façon spéciale de la cataracte diabétique (*Deutsche Medic. Wochenschrift*, 1887, n°s 17, 18, 19) et des rétinites diabétiques (*Ibidem*, 1890, n°s 51 et 52). Une polémique s'étant élevée entre le professeur Schweiger (*Ibidem*, 1890, n° 7) et Hirschberg, au sujet de certaines allégations contenues dans ces travaux, ce dernier en a profité pour faire un exposé d'ensemble des troubles oculaires du diabète, tels qu'ils se sont présentés dans sa pratique.

Voici cet exposé :

A. — Dans la période de temps qui s'est écoulée du 13 janvier 1885 au 31 décembre 1890, le nombre des malades qui se sont présentés à la consultation de Hirschberg, pour une affection oculaire s'est élevé à 7,176, dont 113, c'est-à-dire 1 1/2 p. 100, diabétiques.

Le diabète entraîne souvent des altérations de l'appareil de la vision; la chose est même de règle, quand la maladie date d'une dizaine d'années. Ces altérations intéressent principalement le cristallin et la rétine. Elles ont une importance diagnostique et pronostique qu'on ne saurait méconnaître. Dans un tiers des cas vus par M. Hirschberg, le diabète a été diagnostiqué d'après les signes fournis par l'examen des yeux. En tête de ces signes figure : 1° la paralysie purement fonctionnelle de l'accommodation, survenant à l'âge moyen de la vie;

2° la myopie tardive, qui survient entre 40 et 60 ans, sans opacité du cristallin; 3° la première forme de rétinite, telle qu'elle a été caractérisée par Hirschberg; 4° la cataracte double, à évolution rapide, se présentant chez de jeunes personnes amaigries. Hirschberg ajoute que même la conjonctivite chronique, survenant chez des personnes âgées, peut faire dépister un diabète qui est resté méconnu pendant des mois.

B. — Les troubles oculaires du diabète peuvent être classés en deux groupes, à savoir : 1° ceux qui ne s'accompagnent pas d'altérations appréciables des tissus; 2° ceux qui s'accompagnent d'altérations de cette nature.

a. — 1° Le trouble le plus fréquent du premier groupe porte sur l'accommodation. Il consiste tantôt dans une simple faiblesse, tantôt dans la paralysie de l'accommodation, cette paralysie, dans une troisième catégorie de cas, pouvant se manifester lors de la vision dans le lointain, chez un œil conformé pour voir de loin.

Cette catégorie de troubles s'observe en général chez des diabétiques dont la maladie n'est pas encore grave, peut encore être influencée par un traitement;

2° La myopie diabétique, se manifestant avec soudaineté chez une personne d'un âge mur, est relativement rare;

3° Plus fréquent et plus important est le trouble qui consiste dans une faiblesse de la vue sans altération du fond de l'œil (tache sombre au centre du champ visuel qui est normal). Le pronostic est grave; sur sept malades Hirschberg en a vu cinq succomber en très peu de temps;

4° La perte de la vue d'un seul côté est rare; elle est incurable;

5° La diplopie est très fréquente, souvent elle constitue la première manifestation du diabète. Elle dépend le plus souvent d'une paralysie de l'oculomoteur commun. Elle disparaît souvent spontanément, d'autres fois sous l'influence d'un traitement général.

b. — Le second groupe comprend : 1° les affections des paupières, furoncles, eczémas, chalazions (qui ont surtout une importance diagnostique quand ils se présentent chez des personnes âgées.

7° Puis les hémorrhagies de la conjonctive oculaire;

8° Les kératites, dont il y a lieu de distinguer deux formes, l'une qui est caractérisée par la formation d'ulcères circonscrits, très rebelles, l'autre, neuroparalytique, est en rapport avec une paralysie de la cinquième paire;

9° L'iritis, qui se développe tantôt progressivement, d'une façon insidieuse, tantôt avec des symptômes très saillants, et avec exsudation fibrineuse abondante dans la chambre antérieure.

10° La cataracte diabétique, qui se rencontre à tous les âges, Hirschberg a cru devoir insister sur ce point, et il a ajouté que le praticien doit se pénétrer de ces trois faits, à savoir: que la cataracte diabétique ne rétrocède pas quand diminue la glycosurie, qu'elle est justiciable de l'intervention opératoire au même titre que la cataracte simple; qu'un certain degré d'opacité du cristallin est de règle, quand le diabète dure depuis une dizaine d'années;

11° Les opacités du corps vitré, tantôt consécutives aux hémorrhagies rétiniennes, tantôt accompagnant des altérations rétiniennes et coïncidant avec la myopie.

Elles sont accessibles à nos moyens d'intervention;

12° Les rétinites, dont deux formes principales sont à distinguer : une forme exsudative, et une forme hémorrhagique. Elles se montrent à une période avancée du diabète, en même temps que la gangrène du pied, l'anthrax, etc. Elles ne sont pas toujours faciles à reconnaître;

13° L'atrophie du nerf optique peut s'observer avec un obscurcissement central du champ visuel, ou avec un rétrécissement du champ visuel et une diminution de l'acuité visuelle centrale. Elle peut aller jusqu'à la cécité complète. La thérapeutique n'a que peu d'influence sur elle.

Enfin chez un même diabétique, plusieurs de ces troubles visuels peuvent se rencontrer conjointement.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicale, par F. Gross, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Nancy, J. Rohmer, et A. Vautrin, professeurs agrégés. — Tome II. In-8°.

L'Ecole de Nancy poursuit la publication de ses *Nouveaux éléments de pathologie et de clinique chirurgicales*. Le professeur Gross et ses deux collaborateurs, les professeurs agrégés Rohmer et Vautrin, viennent de faire paraître le second volume. Ils y étudient les maladies du cou, du rachis et de la moelle épinière, de la poitrine, de l'abdomen, de l'anus et du rectum.

Descriptions d'une rigoureuse exactitude, exposition d'une netteté parfaite, voilà ce qui continue à caractériser l'œuvre entreprise. Et ces qualités sont d'autant plus précieuses que l'absence de figures oblige le lecteur de serrer à plus près le texte. Rien ne laisse à désirer, mais la thérapeutique est particulièrement bien soigné et absolument au courant des découvertes les plus récentes. Il suffit pour s'en convaincre de lire les chapitres consacrés au traitement du goître, de la pleurésie purulente, des hernies, de l'occlusion intestinale, des plaies de l'abdomen.

Une bibliographie succincte permet au lecteur désireux de faire une étude plus complète de certaines maladies de se reporter aux monographies et aux ouvrages spéciaux.

En somme le but que se proposait le professeur Gross, être utile à l'étudiant pour s'instruire et au praticien pour rafraîchir sa mémoire, nous paraît complètement atteint.

Et comme le troisième volume reste à paraître, qu'il nous soit promis de réitérer le vœu émis ici même lorsque nous avons rendu compte du premier : que les auteurs évitent l'écueil dans lequel tombent malheureusement trop souvent ceux qui entreprennent la publication de traités didactiques dont les livraisons pressées au début deviennent ensuite si rares que le silence produit autour d'elles fait mettre en doute la question de l'achèvement du travail lui-même.

Des paupières rudimentaires chez l'homme, par J. Larcher. Th. Paris, 1889.

Ayant observé à la clinique des Quinze-Vingts dans le service du Dr Chevallereau une jeune fille présentant dans l'angle externe de l'œil gauche une membrane épaisse, rougeâtre, bordée de poils fins, dépourvue de transparence à l'éclairage latéral, l'auteur s'est livré à des recherches bibliographiques, sur les paupières rudimentaires chez l'homme ou plutôt sur ce que l'on a appelé la quatrième paupière.

Il estime que cette dénomination n'est pas plus heureuse que celle par laquelle on désigne le repli semi-lunaire sous le nom de troisième paupière car si un certain nombre d'éléments des organes protecteurs de l'œil se retrouvent dans les deux cas et les rapprochent par conséquent l'un de l'autre, on n'y cons-

tate ordinairement ni fibres musculaires, ni cartilages, ni glandes. Au reste le voile supplémentaire serait toujours placé dans le règne animal au niveau du grand angle de l'œil et jamais du côté externe.

Des épiplocèles adhérentes au sac, par L. Maré. Th. Paris, 1889.

Grâce aux nombreuses opérations de cure radicale de hernies qu'il a vu pratiquer par son maître M. Lucas-Championnière, M. Maré rapporte cinquante observations d'adhérences épiploïques. Il nous signale l'irréductibilité et la douleur tout particulièrement caractéristique de cette infirmité qui pénible, et dangereuse, réclame l'intervention. Celle-ci doit avoir pour but de détruire les adhérences et de réséquer le plus possible d'épiploon.

Ch. Amat.

Contribution a l'histoire médicale du laurier rose, par le Dr Pouloux.

Le laurier rose, plante de la famille des Apocynacées, est un poison très actif dont les propriétés sont dues à une ou plusieurs substances se rapprochant de la strophantine et de la digitaline et appartenant sans doute au groupe des glucosides. Le laurier rose a une action manifeste sur le cœur de la grenouille qu'il arrête en systole. Dans les cas d'asystolie due à une lésion rénale ou cardiaque non compensée, il tonifie le cœur et augmente la diurèse; il semble indiqué dans les mêmes cas que le strophantus. Il ne détermine aucun symptôme d'accumulation et peut être administré pendant un temps fort long sans déterminer d'accidents.

G. L.

BULLETIN

Peut-on prévoir, d'après les travaux du dernier Congrès pour l'étude de la tuberculose, quelles seront les notions nouvelles qui se dégageront des vues exprimées par tant d'hommes compétents et des recherches expérimentales dont ces vues sont en quelque sorte la consécration? Dès aujourd'hui, il est difficile de donner à cette question une réponse précise, mais toutefois, il est un point sur lequel l'accord semble s'établir de plus en plus, malgré la diversité apparente des opinions exprimées : nous voulons parler de la curabilité de la maladie tuberculeuse, envisagée d'une manière générale et abstraction faite des considérations spéciales inhérentes à telle ou telle de ses formes ou de ses localisations.

Sur ce point, il n'y a plus guère d'opposition et on peut considérer comme établie définitivement cette notion de la curabilité qui avait trouvé tant d'incrédules. Les communications de MM. Verneuil, Lannelongue, Arthaud, Picot, etc. plaident implicitement en sa faveur. On doit reporter en grande partie aux méthodes thérapeutiques récemment instituées le mérite de cette orientation nouvelle dans le pronostic d'une affection considérée si longtemps comme au-dessus des ressources de l'art. En particulier, un brillant avenir semble réservé au traitement qui a pour base la pratique des injections sous-cutanées. Cette méthode offre, en effet, parmi d'autres avantages, celui d'assurer l'absorption rapide des substances médicamenteuses et ainsi de rendre certaine la production des effets microbicides et l'influence pour ainsi dire spécifique de ces substances vis-à-vis du bacille pathogène.

Pour notre part, nous avons déjà pu l'expérimenter un certain nombre de fois dans un service d'hôpital où les tuberculeux affluent, et nous avons pu apprécier son efficacité incontestable et son innocuité. Il est certain que, sous l'influence de cette absorption rapide, il se produit une amélioration assez prompte et même une disparition de certains symptômes tels que la toux, la fièvre et l'expectoration, qui résistent presque toujours à l'influence des médications ordinaires.

Aussi avons-nous vu sans étonnement, mais avec satisfaction, le résultat d'une expérience personnelle déjà assez étendue ou confirmée par un observateur consciencieux tel que M. Picot, de Bordeaux, dont la communication au Congrès constitue un appoint fort important en faveur de sa méthode. Les conclusions de notre confrère bordelais ont d'autant plus de valeur qu'il s'est gardé de toute affirmation absolue et qu'il a eu soin de faire le départ exact des cas marqués par une amélioration réelle et de ceux qui ont semblé réfractaires au bénéfice habituel des injections. Présentée ainsi, la statistique possède une valeur indiscutable et on ne pourra manquer de voir dans celle de M. Picot un nouvel argument en faveur du traitement dit intensif, qui nous paraît, à tous les points de vue, mériter de prendre le pas sur les anciens modes d'administration des médicaments. Cela veut-il dire que l'on devra renoncer désormais à ces derniers d'une manière définitive et que la lutte pharmaceutique contre l'infection bacillaire devra être réservée à la seule méthode des injections sous-cutanées? Une proposition aussi radicale est loin de notre pensée, et d'ailleurs il suffirait, pour la rendre inacceptable, de constater les résultats que des observateurs dignes de foi disent avoir obtenus avec certains médicaments, notamment avec le tannin. Ici encore notre expérience personnelle pourrait venir à l'appui des affirmations émises au cours du dernier congrès touchant l'action favorable de cette substance.

Toutefois, on peut dire que les résultats obtenus par la médication tannique sont moins prompts, moins visibles, et, pour dire le mot, moins brillants que ceux dont l'absorption sous-cutanée nous fournit chaque jour des exemples. Il y a là sans doute, une question de dose et de rapidité dans l'absorption médicamenteuse que l'on ne peut manquer de trancher en faveur de l'injection sous-dermique. Toujours est-il que la cause de celle-ci nous paraît désormais gagnée, en tant que mode d'administration des substances antibacillaires et qu'elle est vraisemblablement appelée à devenir la méthode de choix dans le traitement à opposer aux différentes manifestations de l'infection tuberculeuse. Nous comprenons d'ailleurs sous cette dernière rubrique toutes les localisations de la tuberculose et non pas seulement les altérations de la phthisie pulmonaire : car, en dépit de leur diversité apparente, ces manifestations sont unes et identiques dans leur nature et se réclament par conséquent d'un traitement causal uniforme. Pour justifier cette dernière remarque, il suffirait de rappeler que les partisans des injections sous-cutanées ont compté dans la liste de leurs succès des cas de pleurésies et de péritonites tuberculeuses isolées, sans participation apparente du parenchyme pulmonaire, fait qui nous paraît constituer un argument péremptoire. En résumé, on peut tirer des recherches récentes un nouvel encouragement à persévérer dans une voie qui paraît devoir sûrement conduire au succès. Les résultats obtenus déjà prouvent que tant d'efforts n'auront pas été inutiles et la notion de la curabilité de la phthisie est appelé à trouver de plus en plus sa sanction dans une thérapeutique mieux comprise.

P. M.

CORRESPONDANCE

SUR L'EMPLOI DU CHLORHYDRATE D'AMMONIAQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA GRIPPE.

Monsieur et honoré confrère,

La note que j'ai communiquée à l'Académie de médecine, dans sa séance du 16 juin dernier, sur l'emploi du chlorhydrate d'ammoniaque dans le traitement de la grippe, devait attirer l'attention et provoquer la sollicitude des médecins qui se sont trouvés ou se trouveront aux prises avec la grave épidémie qui sévit encore sur plusieurs régions du globe. Elle a provoqué l'entretien de plusieurs de mes collègues qui ont désiré connaître ma pensée tout entière sur le médicament que je venais d'introduire dans la médication des affections catarrhale et sur les conditions utiles de son emploi. J'en ai conclu que ma communication avait probablement péché par un défaut de correction et de précision. Pour remédier à cette lacune, vous-même avez pensé que quelques développements seraient utiles. Aussi est-ce avec reconnaissance que j'accepte l'hospitalité que vous m'offrez dans les colonnes de la *Gazette médicale*.

Dans ma communication, je reconnais les services traditionnels que les préparations de quinquina et le sulfate de quinine en particulier, ont rendu au traitement des affections catarrhales; mais je ne puis laisser passer, sans conteste, le privilège que notre confrère de Bordeaux, le Dr Gellié, réserve au sulfate de quinine de contribuer seul à la guérison de la grippe. Il existe un médicament nouveau venu dans la thérapeutique de ces affections qui lui est supérieur sous tous les rapports, c'est le chlorhydrate d'ammoniaque; non seulement il est moins cher, mais son efficacité est plus puissante, plus prompte, plus complète, il ne laisse pas ces reliquats plus ou moins accentués, ces troubles de la santé qui suivent si souvent l'emploi du sulfate de quinine et qu'il fait disparaître rapidement et d'une manière complète.

Le chlorhydrate d'ammoniaque n'est pas, comme quelques médecins paraissent l'avoir pensé, utile seulement dans les grandes épidémies et contre les accidents graves et souvent mortels des affections gripales; c'est le médicament spécial des affections catarrhales, quels que soient leur intensité, leur forme, leur siège; il est à cette famille pathologique ce que le quinquina et ses préparations sont aux affections paludéennes, le mercure et l'iodure de potassium à la syphilis.

Dans les grands centres de population, on rencontre, presque tous les ans, des affections catarrhales isolées; quelquefois même des formes graves, dont l'existence isolée masque la nature et la gravité. D'autre fois, ce sont des épidémies bénignes et circonscrites, comme on rencontre des fièvres typhoïdes, des rougeoles, des scarlatines, des varioles, etc., et qui, dans ces circonstances variées, cèdent toujours à l'action du chlorhydrate d'ammoniaque. Il est indiqué, non seulement dans la forme en quelque sorte classique de l'influenza, dans ces asphyxies pneumo-gastriques, qui sont regardées comme des congestions pulmonaires; dans les troubles gastro-hépatiques par lesquels débutent un certain nombre nombre d'attaques de grippe; dans la pleurésie que j'ai décrite sous le nom de fièvre catarrhale pleurétique; dans les accès pernicieux qui ont tué certains malades et qui surviennent d'une manière inattendue pendant la nuit dans cette pleurésie. L'action du chlorhydrate d'ammoniaque est assez prompte, assez énergique pour conjurer un second accès pernicieux qui menace le malade dans la nuit suivante, pourvu qu'on ait quelques heures d'avance.

Il doit être employé contre le coryza grippale des fosses nasales, assez pénible pour affoler les malades dans certains cas; contre l'invasion de la maladie dans les fosses nasales profondes où elle peut déterminer une méningite mortelle lorsqu'elle pénètre jusqu'à la base du crâne. Il guérit les otites de même nature qui, elles aussi, ont quelquefois occasionné une méningite.

On a proposé d'ajouter au traitement général, quelques procédés locaux: l'inhalation d'une solution de sel ammoniac contre la forme asphyxique et le coriza du sinus frontal, des injections d'une solution de sel dans les fosses nasales profondes; le cathétérisme de la trompe d'Eustache et des injections dans la cavité auriculaire, le tout avec une solution faible.

Mais, une remarque qui me paraît avoir plus d'importances c'est la nécessité d'augmenter un peu les doses administrées à l'intérieur dans toutes les localisations douées d'une vascularisation moins abondante, moins rapide que dans le poumon ou l'appareil gastro-hépatique et de suppléer par la quantité à l'arrivée moins abondante, moins souvent renouvelée du médicament.

Dans cette énumération sont naturellement comprises, les bronchites et broncho-pneumonies catarrhales.

Il est une localisation dont je n'ai pas trouvé la mention dans les invasions récentes de l'influenza, je veux parler des accidents du péritoine et des organes du bassin chez les femmes en couches. L'exemple cité par Strack et dans lequel la guérison a été obtenue par les préparations de quinquina, tandis que les femmes auxquelles le médicament n'avait pas été administré ont succombé, prouve, selon moi, que ce danger est possible et si, cela arrivait, c'est encore au chlorhydrate ammoniaque à haute dose qu'il faudrait avoir recours.

Il me reste à dire un mot des localisations tardives de la grippe, plus importantes en général, par leur ténacité et leur durée que par leur gravité. J'ai déjà cité un cas de bronchite sèche survenue depuis six mois. J'y ajouterai l'observation d'un malade chez lequel la grippe a débuté par des troubles gastro-hépatiques auxquels a succédé la forme habituelle. L'amélioration a été longue à se faire et les malaises persistants n'ont pas tardé à se condenser en accès de fièvre périodique commençant chaque soir, à 8 heures, après le diner avec frisson, chaleur et sueur, le tout se terminant le matin, qui duraient depuis trois mois, lorsque de guerre lasse on conseilla la campagne. Les premiers huit jours, les accès ne reparurent plus, comme par enchantement; mais ils ne tardèrent pas à revenir. Cette rechute durait depuis douze jours lorsque le malade, se souvenant que j'avais attribué la fièvre à une origine grippale, prit la dose, prescrite par moi, de 6 grammes de chlorhydrate d'ammoniaque en 18 paquets à prendre trois par jour. Six semaines après, une lettre du malade m'apprenait que la guérison avait eu lieu au bont de six jours, sans qu'il eut eu besoin de renouveler sa provision de sel. Il me demandait l'autorisation de faire une saison d'eaux sulfureuses, pour raisons cutanées. Je l'ai revu récemment frais et engraissé et sans la moindre trace de grippe.

La recherche de ces rejetons de la grippe doit être laissée à la sagacité de chaque praticien.

Il ne reste plus qu'à dire un mot des doses. Elles doivent nécessairement varier avec l'âge, l'intensité, la rapidité, le danger de chaque cas particulier. 1 gr. 50 par jour en 3 cachets pris de préférence aux repas et accompagnés d'une certaine quantité de liquide pour ménager l'estomac, n'est pas une dose exagérée pour un adulte, on peut aller jusqu'à 3, 4 et même 5 grammes en vingt-quatre heures, par paquets de 50 centigrammes.

MARROTTE.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Présidence de M. BROUARDEL.

— M. Monod rend compte de l'état sanitaire à l'intérieur. Il y a des cas de fièvre typhoïde dans la garnison d'Avesnes. Des renseignements sont demandés et des instructions envoyées au préfet du Nord.

— Dans la commune de Mauzat (Puy-de-Dôme), des cas de diphtérie se sont produits. Le préfet a demandé s'il pouvait fermer une école privée. Il lui a été répondu que c'est au maire à prendre les mesures que commande la salubrité publique, et que ce n'est qu'à défaut d'action du maire que le préfet doit agir en vertu de l'article 99 de la loi du 5 avril 1884

— L'épidémie de fièvre typhoïde de Compiègne est en voie de décroissance. Elle a été bénigne. Les deux premiers cas se sont déclarés à la fin de juin. La situation est restée stationnaire jusqu'au 15 juillet. A cette date, le nombre des malades s'éleva brusquement à soixante. Il n'y a eu jusqu'ici qu'un décès. Le préfet écrit que des instructions ont été données à la municipalité « en vue de remédier à l'insalubrité des eaux servant à l'alimentation des habitants ».

— Une épidémie de coqueluche sévit dans la commune de Lagrand (Hautes-Alpes.) Le préfet écrit que « toutes les mesures prophylactiques prescrites par le comité consultatif ont été prises et qu'il y a tout lieu d'espérer que cette épidémie ne prendra pas une grande extension.

— On signale une épidémie de rougeole à Aspiran (Hérault). Le maire, à ce que déclare le préfet, a ordonné l'application des mesures indiquées par le comité consultatif. Les écoles communales ont été licenciées

— Le comité ne pourra connaître que dans quelques semaines le résultat de la mission confiée au Dr Thoinot pour l'étude du typhus exanthématique de l'île de Tudy.

— M. le Dr Proust fait la communication suivante:

Le choléra continue sa marche ascendante dans le villayet d'Alep: du 20 au 26 juillet, il y a eu 125 décès dans le villayet d'Alep dont 113 dans la ville même; depuis le début de l'épidémie, il y a eu environ 600 décès.

Le Board of Health de Gibraltar a prescrit une quarantaine de cinq jours contre toutes les provenances d'Alep. Malte prescrit vingt et un jours de quarantaine pour ces mêmes provenances, et le gouvernement bulgare quinze.

Les pèlerins terrorisés se précipitent les uns vers Médine et le Taïf pour prendre la route des caravanes, le plus grand nombre vers Djeddah.

Comme toujours, la dissémination des masses produira la diminution de l'épidémie, mais il est à craindre que la maladie à ce degré d'intensité n'accompagne pendant longtemps les malheureux Radjis soit par terre soit par mer. On prescrit d'ailleurs, les mêmes mesures que l'an dernier.

Le choléra semble toujours sévir à Massaouah; les Européens seraient également frappés par l'épidémie. On ignore les mesures prises par le gouvernement italien contre ces provenances.

— Le médecin sanitaire de Téhéran signale l'existence dans le Koraçan d'une épidémie qui menacerait les possessions russes de la Transcaspienne Merv et le Turkestan russe.

— *Amérique.* — A Rio-Janeiro, on a constaté pendant le mois de mars 1,026 décès de fièvre jaune; 960 en avril.

Les trois mâts *Para* annonce la présence de la fièvre jaune dans le pays de ce nom.

A Santiago-de-Cuba, il y a eu 29 décès de fièvre jaune dans le mois de juin dernier.

Une dépêche de Verra-Cruz annonce l'amélioration sanitaire de ce pays.

— Sur les rapports des Drs Bergeron, Pouchet et Ogier, des projets d'amenées d'eau dans les communes de Cabourg (Calvados), Dinard (Ille-et-Vilaine) et Bourg (Ain) sont adoptées. Le projet intéressant la commune de Dun (Cher) a été rejeté à raison de l'analyse des eaux.

— Sur le rapport de M. le Dr Vaillard, le projet d'extension très limité du service des eaux de Lyon est adopté, toutes réserves faites au sujet du système des galeries filtrantes actuellement appliqué à Lyon et de l'utilité qu'il y aurait à substituer une alimentation en eau de source, ce qui serait facile.

— M. le Dr A.-J. Martin donne lecture de la nouvelle loi qui vient d'être promulguée pour la protection de la santé publique à Londres.

— Un congrès international d'hygiène s'ouvrira à Londres le 10 août prochain.

Le ministre de l'agriculture vient de déléguer, pour le représenter à ce congrès, MM. Chauveau, inspecteur général des écoles vétérinaires; Arloing, directeur de l'Ecole vétérinaire de Lyon; Nocard et Raillet, professeurs à l'Ecole vétérinaire d'Alfort.

NOUVELLES

Facultés et écoles des départements.

Faculté de médecine de Montpellier: — M. le Dr Forgue, agrégé, est nommé, à partir du 1er novembre 1891, professeur de médecine opératoire.

La chaire de pathologie externe est transformée en chaire de clinique ophtalmologique.

M. le Dr Truc, agrégé, est nommé, à partir du 1er novembre 1891, professeur de clinique ophtalmologique (chaire nouvelle).

Ecole de médecine de Clermont. — La chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants est supprimée et il est créé une chaire de clinique obstétricale et gynécologique.

Corps de santé de la marine.

Nomination. — M. le médecin auxiliaire de 2e classe J. Estrade a été nommé au grade de médecin de 2e classe dans le corps de santé de la marine, pour compter du 30 juillet.

Corps de santé militaire.

Mutations. — M. le médecin inspecteur Papillon, directeur du service de santé du 15e corps, sera placé, à dater du 3 août 1891, dans la 2e section (réserve) du cadre des médecins inspecteurs du corps de santé militaire.

Augmentation du nombre des médecins militaires. — Le ministre de la guerre aurait décidé d'augmenter le nombre des officiers de santé militaire et demandera à la rentrée des Chambres des crédits pour augmenter le personnel de l'enseignement de l'Ecole de santé militaire à Lyon et le nombre des élèves annuellement fixé. Le nombre des médecins militaires actuellement en service (1,300) est inférieur de 40 au nombre réglementaire.

— Le *Journal officiel* du 1er août contient deux décrets conformes aux vœux émis par le Conseil supérieur de l'Instruction publique (voir *Gazette médicale*, n° 31, p. 371, § 1 et § 2), concernant le régime des ajournements aux examens de doctorat et l'honorariat des professeurs de Faculté.

Congrès de médecine mentale. — Le deuxième congrès de médecine mentale s'est ouvert lundi dernier, 5 août, à Lyon, au palais du Commerce.

Asiles d'aliénés de la Seine. — Par arrêtés ministériels, M. le Dr Vallon, médecin en chef à l'asile public d'aliénés de Villejuif, est promu à la 1re classe du cadre; M. le Dr Dubuisson, médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, est promu à la 2e classe du cadre; M. le Dr Legrain, médecin adjoint à l'asile d'aliénés de Vaucluse, est promu à la classe exceptionnelle du cadre.

Hôpital Saint-Louis. — *Cours de vacances.* M. le Dr G. Thibierge, médecin du Bureau central, fera pendant les mois d'août et septembre un cours *complet* de dermatologie théorique et pratique.

Tous les matins à 9 heures, visite des malades, opérations dermatologiques, etc. (salles Alibert et Devergie.)

Les mardis et vendredis, à 4 heures, leçon théorique et présentation de malades au laboratoire Alibert. (La 1re leçon aura lieu le mardi 4 août).

N.-B. — Les personnes qui désireront suivre les cours de l'après-midi devront se munir d'une carte spéciale délivrée par la direction de l'hôpital.

Ville de Paris. — **Service médical ophthalmologique.** — Le Conseil municipal vient de décider que l'administration sera invitée à lui présenter un projet d'organisation d'un service médical pour les maladies des yeux, dans les établissements scolaires de la ville de Paris.

INDEX DE THERAPEUTIQUE

Lecrosnier et Babé, éditeurs, place de l'École-de-Médecine, 23.

Traité théorique et pratique du massage, par le Dr Norstrom. — 2e édit. entièrement refondue. — 1 vol. in-8°. — Prix, 10 fr.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique. — Directeur, Jules Rochard, docteur. — Tome III, 5e fascicule. *Habitations*, par MM. Léon Faucher et Richard. — Chapitre II. *Etablissements publics*, par MM. Rochard, Vallin et Gariel. — In-8° Prix, 3 fr. 50. — Tome III complet, 1 vol. in-8, avec 425 figures dans le texte. — Prix, 17 fr. 50.

Bibliothèque évolutionniste. — Tome Ier, *le Darvinisme* exposé de la théorie de la sélection naturelle, avec quelques-unes de ses applications, par A.-R. Wallace; traduit de l'anglais par le Dr de Varigny. — 1 vol. in-18, avec 37 figures dans le texte, cartonné. Prix, 49 fr.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 26 JUILLET AU 1er AOUT 1891

Fièvre typhoïde, 7. — Variole, 2. — Rougeole, 21. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, croup, 18. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 178. — Autres tuberculoses, 27. — Tumeurs cancéreuses et autres, 35. — Méningite, 32. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 44. — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 4. — Maladies organiques du cœur, 48. — Bronchite aiguë et chronique, 31. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 39. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 119. — Fièvre et péritonite puerpérales, 4. — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 23. — Sénilité, 28. — Suicides et autres morts violentes, 31. — Autres causes de mort, 125. — Causes inconnues, 7. — Total 836.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées).

THÉRAPEUTIQUE

NOTE SUR L'ANTISEPSIE DE LA PHTHISIE PULMONAIRE PAR L'INJECTION LENTE D'HUILE CRÉOSOTÉE AU QUINZIÈME (1)

Par le Dr Gimbert (de Cannes).

(Suite et fin) (2).

En agissant ainsi et en renouvelant à propos les injections qui pourront être, suivant les cas, quotidiennes, biquotidiennes, tri ou bihebdomadaires, matinales, vespérales ou nocturnes, suivant les cas et les expériences, on pourra arriver aussi bien dans les formes fébriles moyennes que dans les formes apyrétiques, à éteindre actuellement le processus morbide menaçant et à organiser une antisepsie profonde, durable sclérogène du poumon. Parfois on arrive à ce résultat en quelques semaines. D'autres fois, il faut six mois à un an pour l'obtenir. Le nombre des injections varie entre 15 et 200. Leur dosage oscillera entre 0 gr. 50 au début et 2 à 4 gr. à la fin ; la quantité totale de créosote absorbée pendant le traitement, varie entre 50 et 250 grammes.

Quelle qu'ait été la durée du traitement, la guérison apparente ou durable se caractérise par les symptômes suivants :

Les sueurs nocturnes ont disparu de bonne heure, le plus souvent après une dizaine d'injections. La toux a diminué, et l'expectoration est supprimée ou insignifiante, elle est devenue d'apparence catarrhale, et dans un grand nombre de cas on y cherche en vain les bacilles qui existaient au début du traitement. Les hémoptysies se sont arrêtées ; elles sont même indéfiniment ajournées. Le poids augmente rapidement tout d'abord, l'appétit est devenu excellent, le sommeil régulier, les forces sont augmentées, la satisfaction morale très grande. Nous avons vu des malades engraisser alors de 4, 6, 10 kilogrammes dans un mois, puis il y a ralentissement et arrêt dans la progression ; d'autres fois il y a tout d'abord amaigrissement, ce qui n'est pas de très bon augure, puis la progression ascendante s'établit ; il y a des malades qui n'augmentent pas malgré l'amélioration des symptômes pulmonaires. Cela se voit chez les dégénérés ou les abdominaux, mais dans tous les cas heureux l'augmentation de poids oscille entre 3 et 10 kilos.

Un phénomène non moins important à constater est la disparition de la fièvre. L'injection peut atténuer la fièvre du phthisique par son action antithermique qui n'a qu'une valeur relative analogue à celle de l'antipyrine, mais elle peut l'éteindre par son action antiseptique.

Les fièvres modérées et intermittentes ne dépassant pas 38°, disparaissent avec une grande rapidité. Les fièvres intermittentes persistantes simples de 38°, 38° 1/2, sont, en général, plus rebelles.

(1) Communication faite au Congrès de la tuberculose.

(2) Voir le numéro précédent.

FEUILLETON

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

(Suite) (1).

Exercice illégal de la médecine; *amende, souscription publique pour la payer.* — Aux termes de l'art. 40 de la loi du 29 juillet 1881, *sur la Presse* « il est interdit d'ouvrir ou d'annoncer publiquement des souscriptions ayant pour objet d'indemniser des amendes, frais et dommages-intérêts prononcés par des condamnations judiciaires, en matière criminelle et correctionnelle, sous peine d'un emprisonnement de 8 jours à 6 mois et d'une amende de 100 fr., à 1,000 fr., ou de l'une de ces deux peines seulement ».

Le 21 février 1891 (voir le sommaire dans la *Gazette des Tribunaux* du 25 février), la Chambre criminelle de la Cour de cassation a jugé, par rejet du pourvoi formé par le Sr Faure contre un arrêt de la Cour de Chambéry du 4 décembre 1890 qui l'avait condamné à 40 francs d'amende, que le susdit article 40 de la loi du 29 juillet 1881 s'applique certainement aux infractions pour exercice illégal de la médecine par cela seul qu'elles doivent toujours être déférées à la juridiction correctionnelle même lorsqu'elles ne constituent, en réalité, que des contraventions de simple police à défaut d'usurpation de titre.

Cette décision relative à un cas tout spécial qui se présentera bien rarement, en semblable matière, est au moins curieuse à citer. Aussi n'avons-nous pas voulu la passer sous silence malgré son peu d'intérêt pratique pour le corps médical.

Il conviendrait, pour le même motif, d'adopter pareille solution s'il s'agissait d'exercice illégal de la pharmacie.

* * *

Police sanitaire; *vente de champignons vénéneux, négligence de l'inspecteur des halles et marchés, responsabilité de la commune.* — Cette question pourrait être considérée comme un peu étrangère à la médecine, mais comme elle intéresse la santé publique. et la police sanitaire, il paraît utile de la porter à la connaissance du

(1) Voir les numéros 28 et 30.

Les fièvres tuberculeuses établies de 39 à 40°, nous ont paru absolument réfractaires au traitement. Par contre les poussées fébriles aiguës, même de 40°, dues à une crise pulmonaire ou pleuro-pulmonaire récente, peuvent être rapidement éteintes par l'injection.

Transformations des lésions. — On sait que les tubercules évoluent au milieu d'une gangue spléno-pneumonique décrite par Grancher et formée de débris de cellules épithéliales, de noyaux embryonnaires, de tissu de formation récente et fragile. L'injection en détermine la résolution rapide. On peut la suivre à l'œil nu dans la laryngite infectieuse qui précède ou suit la phthisie pulmonaire; on peut la percevoir par l'oreille dans l'obstruction hémorrhagique qui suit l'hémoptysie; dans certaines pleurésies on peut en mesurer la rapidité et l'importance par la percussion, la palpation et l'auscultation. On constate, en effet, un retour plus ou moins rapide du murmure vésiculaire, qui reprend en grande partie ses caractères normaux. La sonorité, les vibrations reparaissent et après des cures prolongées on a parfois de la peine à retrouver des traces de la lésion primitive. Quelquefois même, les observations que je publierai avec détails en sont la preuve, la résolution des lésions pleuro-pulmonaires se fait avec une extrême rapidité.

Élimination.—La résolution est accompagnée ou non d'élimination; on perçoit nettement ce phénomène à la surface des cavernes où momentanément les râles de ramollissement augmentent par poussées successives, et le plus souvent apyrétiques; celles-ci sont suivies d'expectorations variables, puis à un moment donné, ces poussées s'éteignent, la caverne se dessèche, elle se cicatrise et disparaît, alors même qu'elle avait préalablement la dimension d'un œuf de pigeon. En face d'elle se trouve une réaction apparente du thorax. Ces deux effets combinés amènent une désinfection des tissus malades et y ramenait la vie; cela est si vrai que nous avons des observations dans lesquelles les éliminations ont été énormes et la désinfection si certaine que la santé générale s'est améliorée malgré la régression destructive et que nous avons vu la menstruation s'établir sur une jeune fille dont le poumon était aux trois quarts détruit. Quoi qu'il en soit, il résulte de ce travail une détersion des plaies ayant comme conséquence indirecte une génération spontanée d'éléments fibreux et un état scléreux des tissus qui les rend inaptes à une infection nouvelle. Déjà en 1877 nous avions signalé ces résultats. L'injection créosotée les rend plus rapides et plus sûrs. En somme l'injection est un antithermique, un fébrifuge pathogénique, un stimulant puissant du système nerveux et de la nutrition, un hémostatique pulmonaire, un désinfectant direct de l'organe et indirect de l'économie, un résolutif des localisations, directement et indirectement agent sclérogène des tissus péri-tuberculeux.

Résultats cliniques. — Pour éviter toute discussion au sujet du diagnostic et ne faire entrer dans notre statistique que des cas avérés de phthisie pulmonaire, nous ne parlerons ici que des malades dont les lésions physiques (2e et 3e degré) étaient indéniables, et la bacillose constatée soit qu'ils aient présenté en même temps que les signes stéthoscopiques du poumon des laryngites, des pleurites ou d'autres manifestations tuberculeuses.

Dans une première catégorie de faits simples constituée par des malades encore vigoureux présentant des lésions exclusivement pulmonaires limitées à un ou deux sommets, discrètes, peu sécrétantes bien que bacillaires et un état de fièvre très modéré, l'injection détermine l'arrêt rapide et complet de l'évolution tuberculeuse, il se produit quelques réactions légères, un maximum de 38° à 39° 1/2 et tous les symptômes locaux et généraux disparaissent. On peut impunément injecter des doses élevées de 3 à 4 grammes, l'équilibre et la santé reviennent dans le plus grand nombre de cas. Toutes choses égales d'ailleurs, 25 à 50 injections d'un à deux grammes de créosote suffiront pour arriver à ce résultat. Dans les cas récents, deux mois de traitement suffisent. Il faudra quatre mois, six mois pour les cas anciens. C'est dans cette période que l'injection est toute-puissante. — Sur 15 malades ayant suivi cette méthode d'injection nous avons eu quinze arrêts d'évolution, deux rechutes après trois ans de guérison apparente. Tous ou presque tous les phthisiques la traversent, si donc on dirigeait systématiquement contre elle l'injection, on pourrait, dans le plus grand nombre des cas, en arrêter l'évolution.

Dans la 2e catégorie les malades atteints au deuxième degré présentent déjà des infiltrations étendues qui commencent à se ramollir, qui sont le siège de congestions fréquentes, de poussées inflammatoires disséminées. Les lésions amènent des sécrétions purulentes abondantes, des hémoptysies plus ou moins fréquentes, de l'oppression, des troubles gastriques, des sueurs nocturnes, de l'insomnie, une fièvre oscillant entre 38, 39 et 40°, de l'affaiblissement et de la maigreur.

---

monde médical auquel ces sujets ne sauraient être indifférents.

Le cas est d'ailleurs nouveau, et l'on ne saurait trop féliciter l'autorité judiciaire qui n'a pas craint de faire passer l'administration locale sous le niveau du droit commun qui veut que chacun soit responsable du dommage causé par la faute ou la négligence de ses préposés.

C'est au *Bulletin médical* du 15 février 1891 que nous empruntons le texte du jugement rendu par le tribunal civil de Carcassonne qui a condamné la ville à payer des indemnités de 50 et 100 fr., à des personnes qui avaient été rendues malades par des champignons acheté sur le marché public. En voici les principaux motifs :

« Attendu que la ville de Carcassonne inscrit à son budget une somme annuelle pour le payement d'un inspecteur des halles et marchés, chargé de la vérification des comestibles mis en vente; que le 28 mai 1889, la vérification des champignons vendus n'eut pas lieu ou fut insuffisante; qu'enfin aux termes de l'article 1384 du Code civil, la commune est responsable des suites de la faute commise par l'inspecteur son préposé;

. . . .

« Attendu que la faute de l'inspecteur des halles et marchés est incontestable dans l'espèce;

« Attendu que les champignons achetés par les demandeurs ont été mis en vente, non dans un endroit écarté, sur une route ou dans une rue, mais bien sur la place du marché, c'est-à-dire à l'endroit spécialement affecté à la vente de ces comestibles;

« Attendu que ces comestibles suspects par leur nature, doivent faire de la part des inspecteurs des marchés, l'objet d'une surveillance d'autant plus active et attentive;

« Attendu que les contribuables qui achètent des champignons au marché sont évidemment en droit de penser que cette vérification a eu lieu;

« Par ces motifs :

« Condamne la ville de Carcassonne, etc. »

***

Exercice illégal de la pharmacie; *gérance et propriété séparées, pharmaciens des hôpitaux.* — Aux termes de l'art. 8 de la déclaration royale du 25 avril 1777 que la jurisprudence s'accorde à reconnaître comme étant encore en vigueur, du moins dans les points sur lesquels la loi du 21 germinal an XI, *sur la pharmacie*, n'a pas statué à nouveau : « les communautés séculières ou régu-

L'injection peut mettre un frein à ces désordres; elle arrête l'hémoptysie pour le présent et l'avenir, supprime l'expectoration, anéantit la fièvre quand elle oscille entre 38 et 38° 1/2 et transforme les lésions, réveille à ce point la nutrition que le malade peut gagner jusqu'à 13 kilos de poids en six mois.

Mais ici la médication est déjà plus longue, le poumon sera plus sensible, l'antisepsie plus difficile, il faudra être très circonspect au début, néanmoins avec 60 et 150 injections et 100 à 300 grammes de créosote on arrivera au but.

Notre troisième catégorie comprend des malades présentant des lésions caverneuses uni-bilatérales avancées, apyrétiques ou moyennement fébriles et un état de santé générale très convenable. Ces malades peuvent encore, dans ces cas, guérir par l'injection. Deux d'entre eux, dont je reproduirai l'observation détaillée, ont été antiseptisés par l'injection. Le premier, présentant des cavernes des deux sommets en évolution subaiguë, a été guéri après 205 injections et 361 grammes de créosote. C'est mon premier injecté, sa guérison date de 1887. Le deuxième a été antiseptisé avec 108 injections, 143 grammes de créosote, il portait une caverne grosse comme un œuf de pigeon sous la clavicule droite avec infiltration péricaverneuse; sa guérison est plus récente, tous deux ont gagné 10 kilos en moyenne. Quoi qu'il en soit, les guérisons à cette période laissent le malade très fragile, contrairement à ce qui se passe dans le premier et le deuxième degré.

Pour ce qui est des malades cachectiques à fièvre hectique, l'injection perd sa grande puissance, elle pourra relever un instant l'ensemble général, elle pourra modifier, dessécher momentanément les lésions, mais les illusions seront éphémères.

La pleurésie tuberculeuse simple avec ou sans épanchements est un des accidents que l'injection modifie avec une rapidité surprenante.

Les congestions qui s'ajoutent à la pleurésie chronique et aux lames pulmonaires avoisinantes, les pleurites sèches qui forment des îlots à la surface des poumons tuberculisés, les pleurésies aiguës avec épanchement sont rapidement améliorées, transformées par l'injection. En huit jours parfois, le plus souvent en quatre semaines avec dix, vingt, trente injections de un à deux grammes, on voit des localisations de ce genre disparaître. Six observations bien nettes et des plus sérieuses sont à cet égard démonstratives. La laryngite infectieuse qui accompagne la phthisie est elle même transformée avec quinze ou vingt injections de un à deux grammes; enfin, l'injection peut atteindre d'autres tuberculoses sur lesquelles il serait trop long de s'étendre.

CONCLUSIONS.

1. Dans un grand nombre de cas l'antisepsie de la phthisie tuberculeuse du poumon créée par les bacilles spécifiques, les microbes de la pyoémie, de la septicémie et autres agents infectieux ou par leurs toxines, est réalisable par l'injection lente d'huile créosotée appliquée suivant la méthode que nous venons de décrire.

2. Le signe de ce résultat est la tolérance des tissus malades pour les doses élevées de créosote, tolérance que les tissus sains présentent exclusivement.

3. Son gage est l'arrêt de l'évolution morbide localisée, la suppression de l'auto-infection interstitielle, le retour de l'embonpoint et de la vigueur.

4. L'antisepsie peut être réalisée par 30 à 200 injections contenant 30 centigrammes et 4 grammes de créosote maximum, suivant les âges et la qualité des sujets.

5. L'antisepsie n'est point la guérison, elle en est la préface, elle n'est vraie et définitive que lorsque du tissu scléreux remplace les tissus malades.

6. La vie, la nutrition surtout pouvant faire de la génération cicatricielle, il en résulte que l'injection, qui a une influence indirecte provocatrice, mais non spécifique, de la guérison définitive, doit être pratiquée longtemps, d'après les indications fournies par la santé.

7. Le traitement peut durer dès lors six mois, un an et même davantage.

8. La guérison n'étant pas établie par la suppression des symptômes, il en résulte que nous ne pouvons considérer comme définitives que celles qui auront duré huit et dix ans.

9. Cette antisepsie pulmonaire, toutes choses égales d'ailleurs, est très facile à réaliser avec la créosote lorsque la maladie est limitée et la santé générale conservée, on l'obtiendra facilement dans le premier degré de la tuberculose pulmonaire et dans le deuxième degré plus avancé et moyennement fébrile; elle sera parfois possible dans le troisième degré lorsque les lésions caverneuses seront localisées, entourées de tissu sain ou presque sain et que la santé générale sera encore relativement bonne; elle deviendra très puissante dans certaines formes de pleurésies tuberculeuses ou de laryngite de même nature, enfin sera tout à fait illusoire dans la cachexie.

---

lières, même les hôpitaux et religieux mendiants, ne pouvaient avoir de pharmacie que pour leur usage particulier et intérieur, et il leur était défendu de vendre aucunes drogues simples ou composées à peine de 500 livres d'amende ». Selon l'art. 2 de la même déclaration « les pharmaciens doivent posséder et exercer personnellement leurs charges. » La Chambre criminelle de la Cour de Cassation, par un arrêt du 8 janvier 1891 (*Droit* du 27 février) conforme d'ailleurs à ses décisions antérieures (Cass. 17 avril 1848, Dalloz 48-1-147; 31 mai 1862, Dalloz, 62-1-493) vient de juger que, si l'art. 2 de la déclaration qui impose aux pharmaciens d'être propriétaires de leur fonds est toujours en vigueur, l'art. 8 a été aboli par la loi du 2 mars 1791 qui a supprimé les juvandes et les maîtrises, et qu'en conséquence les pharmaciens diplômés et régulièrement chargés du service des hôpitaux peuvent préparer et débiter toutes sortes de médicaments, soit dans l'intérieur de l'hospice, soit au dehors, gratuitement ou à prix d'argent, bien qu'ils n'agissent pas pour leur compte personnel et ne soient en réalité que de simples gérants. En semblable cas, dit la Cour suprême, les pharmaciens de la localité ne sauraient critiquer la légalité d'une officine fonctionnant dans l'hospice, ni se plaindre du préjudice qu'ils en éprouvent, la loi ayant aboli le monopole qui existait encore à leur profit en 1777, et la législation postérieure ayant eu seulement pour but, en restreignant le libre exercice de la pharmacie, non de restaurer le monopole, mais uniquement de protéger la santé publique qui ne saurait être compromise dans l'espèce, puisque les conditions d'aptitude prescrites se trouvent remplies.

On se demande pourquoi ce raisonnement de la Cour de cassation ne serait pas poussé plus loin et ne serait pas étendu à tous les cas où une pharmacie est gérée par un pharmacien diplômé qui n'en aurait pas la propriété. C'est là un exemple de ces subtilités juridiques chères à la jurisprudence qui semble parfois se complaire à compliquer même les questions les plus simples, par des distinctions peu explicables.

Voici, au surplus, les termes de l'arrêt :

« La Cour; — sur le moyen unique tiré de la violation de l'art. 8 de la déclaration du 25 avril 1777, de l'art. 25 de la loi du 21 germinal an XI et de l'art. 8 de la loi du 7 août 1851; —

« Attendu, en premier lieu, que si la loi du 21 germinal an XI, loin

Les conclusions de ce travail sont comparables à celles qu'en 1877 nous avions formulées avec le professeur Bouchard.

La méthode nouvelle a sur la précédente l'avantage de respecter, voire même de stimuler fortement les fonctions gastriques et de permettre ainsi l'absorption de doses vraiment et rapidement antiseptiques. Nous l'avons rendue précise, pratique, gouvernable, aussi sûre que possible. Nous avons précisé ses indications. Quelles que soit donc l'importance et la valeur des traitements divers que l'on indique chaque jour en vue de combattre les lésions tuberculeuses, nous avons cru devoir rappeler celui qui, depuis de longues années déjà, nous a paru le plus efficace.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

COMMENTAIRE DE LA NOUVELLE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Projet discuté et adopté par la Chambre des députés, dans ses séances des 17 *et* 19 *mars* 1891. (*Journal Officiel* des 18 et 20 mars 1891).

par le Dr F. de Ranse
et A. Léchopié, avocat à la Cour de Paris.

(*Suite*) (1).

ARTICLE 31

L'article 463 du Code pénal est applicable dans tous les cas prévus par les articles 21, 22, 24, 25, 26, 27 et 29 de la présente loi.

Circonstances atténuantes. — Au cours de la discussion, la Commission a déclaré substituer cet article du projet du gouvernement à la disposition qui portait, au contraire, que l'article 463 du Code pénal relatif aux circonstances atténuantes n'était pas applicable. Pour que l'article 463 ne fût pas applicable, il aurait été parfaitement suffisant de garder le silence (En ce sens : Cassation, 28 mars 1857 ; 4 juin 1861, *Cod s annotés de Rivière*, article 463, note 1-h ; Cour de Nîmes, 15 juillet 1887, Dalloz 88-2-279.) Il en était différemment, pour le rendre applicable

L'application de l'article 463 permet d'abaisser l'emprisonnement au-dessous de six jours et l'amende au-dessous de 16 francs, de prononcer séparément l'une de ces peines et même de substituer l'amende à l'emprisonnement, sans qu'en aucun cas elle puisse être au-dessous des peines de simple police.

Notre article 31 cite seulement les articles 21, 22, 24, 25, 26, 27 et 29. M. le président de la Chambre avait sagement fait observer, à cet égard, que l'on devrait, après le vote du projet, reviser le numérotage des articles rappelés et y ajouter le nouvel article 30, sur les réquisitions de justice ; mais on oublia totalement de procéder à cette revision. Elle incombera donc au Sénat, qui fera bien de s'en expliquer catégoriquement et clairement.

Et tout d'abord, il paraît superflu de citer les articles 21 et 22 actuels qui ne prononcent pas de pénalités.

Quant à l'article 23, il est à remarquer qu'il n'est pas visé. Néanmoins, l'examen des travaux préparatoires amène à conclure que l'article 463 doit s'appliquer aux infractions prévues par l'article 23 actuel qui est relatif à l'exercice illégal simple, parce que, dans le projet du gouvernement, l'exercice illégal simple était puni par l'article 22, tandis que l'exercice illégal avec usurpation de titre réprimé aujourd'hui par l'article 24, l'était par l'article 23 du projet du gouvernement, et nous venons de voir que l'article 31 actuel a été, au dernier moment, emprunté à ce dernier projet. On comprend aisément que, pour le cas plus grave d'usurpation de titre, le législateur n'ait pas voulu admettre l'application de l'article 463, même en l'absence de toute récidive. Toutefois, il est à remarquer que l'article 25 cité par l'article 31 concerne aussi une usurpation de titre, mais d'un caractère particulier, il est vrai, et de moindre gravité. Quant au cas de récidive, il paraît bien certain aussi que l'article 463 ne sera pas applicable, car notre article 31 ne vise pas non plus l'article 28 sur la récidive ; et la récidive, dans le projet du gouvernement, comme dans la loi nouvelle, se trouvait régie par le même article 28. On comprend encore qu'ici la gravité du cas ait engagé à ne pas admettre le bénéfice des circonstances atténuantes. Sans cette omission, volontaire sans aucun doute, de l'article 28, les circonstances atténuantes eussent été applicables même à la récidive, selon les termes formels de l'article 463.

ARTICLE 32

La présente loi est applicable à l'Algérie et aux Colonies, sans préjudice des dispositions spéciales édictées par les lois, décrets

(1) Voir les numéros 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 27, 29 et 31.

---

d'avoir abrogé la déclaration du 25 avril 1777, qui avait force de loi, se l'est au contraire appropriée pour se compléter quant aux éléments constitutifs des contraventions et à la pénalité, ce n'est, toutefois, que relativement à la police de la pharmacie ; mais qne l'art. 8 de ladite déclaration, qui défendait aux communautés séculières ou régulières, même aux hôpitaux, d'avoir des pharmacies, si ce n'était pour leur usage particulier et intérieur, et de vendre ou délivrer aucunes drogues simples ou composées, n'était que la conséquence du monopole établi an profit de la corporation des pharmaciens ;

« Attendu que cette disposition a été abolie par la loi du 2 mars 1791 ;

« Attendu que les restrictions apportées an libre exercice de la profession de pharmacien, provisoirement par la loi du 14 avril 1791, et définitivement par la loi dn 21 germinal an XI, l'ont été dans le but d'assurer des garanties à la santé publique, et non de favoriser un intérêt mercantile, qu'aussi la patente est expressément rappelée dans ces lois, à l'exclusion dn droit de maitrise, comme donnant droit a l'exercice, après justification de l'aptitude ;

« D'où il suit que l'art. 8 de la déclaration de 1777, qiu a cessé d'exister et qui n'a été remis en vigueur par aucune loi, ne peut servir de base au moyen du pourvoi ;

« Attendu, d'autre part, que s'il résulte de la combinaison des art. 1, 2, 6 de la déclaration du 25 avril 1777, des art. 21, 25, 26, 30 de la loi du 21 germinal an XI, et 41 de l'arrêté du 25 thermidor an XI, qu'une pharmacie ne peut être tenue par un gérant, et que les pharmaciens doivent posséder et exercer personnellement leur charge ou profession, ces dispositions ne sont pas applicables aux pharmaciens régulièrement chargés dn service des hospices ;

« Attendu, en effet, qu'aux termes de l'art. 8 de la loi du 7 août 1851, la commission des hospices arrête, mais avec l'approbation du préfet, les règlements dn service tant intérieur qu'extérieur et de santé, et les contrats à passer pour le service avec les congrégations hospitalières ; que le pharmacien d'un hospice peut donc légalement, quoique n'agissant pas pour compte personnel, préparer et composer toutes sortes de médicaments ; qu'on ne saurait, au point de vue de la police de la pharmacie et de la sûreté de la vie humaine, distingner entre les destinations diverses que ces médicaments peuvent recevoir, soit dans l'intérieur de l'établissement, soit au dehors, gratuitement ou moyennant un prix quelconque ; que les garanties doivent être et sont, en effet, les mêmes pour tous les cas ;

« Attendu que si la vente commerciale au dehors de médicaments composés même dans des conditions pleinement licites n'est pas prévue comme rentrant dans les attributions ordinaires des commissions administratives des hospices, de tels actes n'ont cependant rien d'incompatible avec ces attributions, pourvu que cette partie du service ait été,

et règlements qui visent l'exercice de la médecine sur leurs territoires respectifs.

Application à l'Algérie et aux Colonies. — La loi de ventôse elle-même avait été déclarée applicable, en principe, à part quelques modifications de détail, a l'Algérie (décret du 12 juillet 1851) ; à la Martinique, à la Guadeloupe, à la Réunion et à la Guyane Française (décret du 10 avril 1880). Dans les autres colonies, l'exercice de la médecine n'était l'objet que d'une réglementation purement locale, quand même il n'était pas absolument libre. Il en était de même dans les pays de protectorat, sauf en Tunisie où l'exercice de la médecine a été réglementé par un décret du 15 juin 1888, (6 *Chaoual* 1305,) qui n'est pas sans une très grande analogie avec la loi nouvelle qu'il a dû inspirer sur plus d'un point.

L'article 32 déclare la loi applicable à l'Algérie et aux Colonies, mais ne parle pas des pays de protectorat qui, conséquemment, devront rester régis comme précédemment.

De ces expressions : « sans préjudice des dispositions spéciales édictées par les lois, décrets et règlements qui visent l'exercice de la médecine sur leurs territoires respectifs », il résulte que les décrets des 12 juillet 1851 et 3 août 1880, notamment, relatifs à l'exercice de l'art de guérir, en Algérie, par les indigènes musulmans ou juifs, vis-à-vis de leurs coreligionnaires, sans avoir conquis les grades exigés en France, demeurent en vigueur. Le rapport du Comité consultatif d'hygiène publique disait à ce sujet : « En ce qui concerne plus particulièrement l'Algérie, il y aurait de graves inconvénients à abroger, dès maintenant, les dispositions du décret du 12 juillet, qui, dans un intérêt de politique et d'administration, a autorisé exceptionnellement certains indigènes musulmans ou juifs à pratiquer la médecine à l'égard de leurs coreligionnaires. De même, les effets de la loi du 31 décembre 1879, qui a créé une catégorie nouvelle de praticiens de race musulmane sont trop récents, pour qu'on puisse déjà tenter d'appliquer le droit commun à l'exercice de la médecine en Algérie. »

ARTICLE 33

Sont et demeurent abrogés : la loi du 19 ventôse an XI, l'article 27 de la loi de germinal an XI, le troisième paragraphe de l'article 2101 du Code civil, le dernier paragraphe de l'article 2272 du même Code en ce qui concerne seulement les médecins, et généralement toutes les dispositions de lois et règlements contraire à la présente loi.

Abrogation de l'ancienne législation. — Au sujet de cette abrogation de l'ancienne législation, il y a lieu de se reporter aux observations déjà présentées, notamment sous l'article 8, où il est expliqué que les conditions d'enseignement des sages-femmes n'étant, jusqu'à ce jour, régies que par les articles 30, 31, et 32 de la loi de ventôse légèrement modifiés par le décret du 22 août 1854, rendu en exécution de la loi de ventôse, leur enseignement obstétrical ne se trouverait plus désormais légalement réglementé. De même, la légalité de divers règlements d'administration publique pris en exécution de la loi de ventôse deviendra contestable, à moins qu'on ne décide qu'ils sont légalisés implicitement par la dernière disposition de l'article 33.

L'article 27 de la loi de germinal an XI qu'abroge notre article 33 est celui relatif à la vente des médicaments par les médecins, dans les localités où il n'y a pas de pharmacien.

Le 3ᵉ paragraphe de l'article 2101 est relatif au privilège ; cette abrogation paraissait inutile, l'article 17 portant que ce 3ᵉ paragraphe sera remplacé par le suivant : « Les frais quelconques de dernière maladie, qu'elle qu'en ait été l'issue. » Étant déjà remplacé, il n'y avait plus à l'abroger.

L'article 2272 concerne la prescription. Ici, il y avait bien lieu de procéder à l'abrogation, l'article 17 s'étant borné à édicter la prescription de cinq ans, sans remplacer la disposition de l'article 2272 à cet égard. Toutefois il n'eût pas fallu dire que le dernier paragraphe de l'article 2272 est abrogé, mais que le paragraphe 1ᵉʳ, qui a seul trait aux médecins, est abrogé, seulement en ce qui les concerne. Le dernier paragraphe, en effet, se borne à fixer la durée de la prescription applicable à divers. Encore une rectification qui s'impose au Sénat, de toute nécessité. *(A suivre).*

REVUE
DE THÉRAPEUTIQUE ET DE PHARMACOLOGIE

I. — SUR L'EUROPHEN, UN NOUVEAU PRODUIT IODÉ, par le Dʳ W. SIEBEL, d'Elberfeld. (*Therapeutische Monatshefte*, 1891, fascicule 7, p. 373.

II. — RÉSULTATS DERMATOTHÉRAPEUTIQUES OBTENUS AVEC L'EUROPHEN, UNE NOUVELLE COMBINAISON IODÉE, par le Dʳ J. EICHHOFF, d'Elberfeld (*Ibidem*, p. 379).

III. — LE DERMATOL, UN SUCCÉDANÉ DE L'IODOFORME, par le

---

conformément à la loi, approuvée par le Préfet, et que la pharmacie soit réellement gérée par un pharmacien muni de diplôme et préposé à cet effet ;

« Attendu que les pharmaciens établis dans la même localité ne pouvant critiquer la légalité d'une officine fonctionnant dans l'hospice, ne pourraient se plaindre du préjudice qu'ils prétendraient éprouver de la concurrence dans le débit des médicaments, qu'en se prévalant d'un monopole qui n'existe pas à leur profit ;

« Attendu qu'il résulte des constatations de l'arrêt attaqué que la pharmacie de l'hospice de Soint-Etienne est placée sous la direction du sieur Porteret, pharmacien diplômé, en vertn d'nne commission émanée du préfet de la Loire, et que la dame Odoul, en religion sœur Marie-Joseph, lui prête simplement son assistance pour le débit des médicaments ; qu'il est établi, en outre, que les médicaments sont préparés par ledit pharmacien, et qu'il n'a été dénié ni en première instance, ni en appel, que le débit et la vente de ces médicaments sont sérieusement faits par lui ;

« Attendu qu'en cet état aucune contravention à la loi du 21 germinal an XI ne peut exister, ce qui, sans qu'il soit besoin d'examiner si, en cas d'ouverture illégale d'une officine, le fait serait imputable à la dame Odoul, justifie le dispositif de l'arrêt entrepris qui a renvoyé des poursuites les prévenus et les personnes civilement responsables ;

« Et attendu, d'ailleurs, que cet arrêt est réguller en la forme ;

« Rejette. »

Après tant de faveur accordée au pharmacien d'un hôpital, on peut trouver assez excessive cette autre décision de la Cour de Paris qui, se fondant sur ce que la propriété et la gérance doivent résider dans les mêmes mains, a rejeté la demande en revendication formée par la femme d'un pharmacien, relativement à la propriété du fonds ainsi que des objets mobiliers et du matériel composant la pharmacie gérée par son mari diplômé, fonds et matériel qu'elle justifiait avoir acquis en son nom personnel :

« La Cour ; — Considérant qn'aux termes de la déclaration du 25 avril 1777 et de de l'art. 25 de la loi du 21 germinal an XI, nul ne pent tenir une officine de pharmacien s'il n'est propriétaire dn fonds et muni d'un diplôme de pharmacieu ;

« Que la gérance et la propriété doivent, sous peine de contravention, résider dans les mêmes mains ;

« Que Brunaud exploite une pharmacie au n° 8 de la rue Turbigo ; que son enseigne, sa patente, l'insertion sur la liste prescrite par la loi du 21 germinal an XI le désignent, ainsi que son diplôme, à l'administration et au public comme le titulaire de ladite pharmacie ;

Dr Glaeser (*Centralblatt für Gynäkologie*, 1891, n° 25, p. 514).

Idem, par Rosenthal. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1891, n° 24, p. 728.)

IV. — Sur les effets catalytiques du courant galvanique, par le Dr M. Meyer, (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1891, n° 31, p. 767.)

I. — Le nom d'europhen a été donné à un produit chimique qui appartient à une classe de corps dont fait partie l'aristol et qui ont été obtenus en iodant des phénols. Ces combinaisons ont vu le jour dans la fabrique de couleurs F Bayer, d'Elberfeld. Leurs propriétés chimiques et physiologiques font l'objet de recherches systématiques qui ont déjà donné des résultats intéressants. Ceux qui concernent l'aristol sont déjà connus de nos lecteurs. Voici, succinctement, ce qu'on nous apprend sur le compte du nouveau produit, qui doit concourir avec le dermatol, à détrôner l'iodoforme.

D'après les règles qui ont cours en matière de nomenclature chimique, l'europhen devrait être dénommé isobuthylorthocrésoliodé. M. Siebel lui assigne comme formule reflétant sa composition atomique :

$$\begin{array}{ll} & C^4H^9 \\ & CH^3 \\ C^6H^2 & OI \\ & O \\ C^6H^2 & CH^3 \\ & C^4H^9 \end{array}$$

La proportion d'iode que contient l'europheu est de 28,1 0/0. C'est une poudre fine, amorphe, jaune, insoluble dans l'eau et dans la glycérine, très soluble dans l'alcool, dans l'éther, dans le chloroforme, dans le collodion, dans la traumaticine et dans l'huile, d'une odeur aromatique rappelant celle du safran. Au toucher, cette poudre est visqueuse comme de la résine; elle reste adhérente aux muqueuses, à la peau, et aux surfaces à vif. Toutes les observations faites jusqu'ici, concourent à représenter l'europhen comme étant dépourvu de toxicité.

Les propriétés thérapeutiques qu'on a reconnues à l'europhen paraissent être en rapport avec la mise en liberté d'une certaine quantité d'iode, mise en liberté qui se produit chaque fois que l'europhen vient en contact avec l'humidité à une température tant soit peu élevée. L'alcalinité du milieu favorise ce phénomène.

Cette mise en liberté de l'iode a pu être constatée dans le cours d'expériences faites sur des animaux, que l'enrophen fût administré par la voie sous-cutanée ou par la voie buccale. Elle a toujours été faible; toutefois l'élimination de l'iode par les urines s'est prolongée pendant une dizaine de jours. L'europhen a été bien supporté par des chiens, à la dose de 2 et 3 gr., et chez l'homme à la dose de 1 gr. L'injection de pareille dose n'a produit d'autres effets désagréables qu'une sensation de pesanteur à l'épigastre qui a même fait défaut, quand les prises ont été réduites de moitié (0 gr. 50).

M. Siebel a fait un exposé détaillé des expériences qu'il a entreprises pour apprécier la valeur antibactérienne de l'enrophen, et dont les résultats peuvent se résumer dans ces quelques mots : l'europhen peut être mis en parallèle avec l'iodoforme, eu égard aux propriétés antibactériennes. Or, l'enrophen étant à volume égal cinq fois plus léger que l'iodoforme, il en faudra un poids cinq fois moindre pour former une couche d'égale épaisseur, à la surface d'une plaie. Quand de l'europhen est déposé à la surface d'un milieu ensemencé avec des bactéries, la végétation de ces dernières active la mise en liberté de l'iode, qui se fait aux dépens de l'europhen. De même que l'iodoforme, l'enrophen entrave la croissance anaérobie et le pouvoir réducteur du staphylococcus pyogenes aureus. A l'instar de l'iodoforme, l'europhen arrête la sécrétion et la suppuration à la surface des plaies fraîches et plates, lorsqu'on l'emploie sous forme d'une solution huileuse à 5 0/0, filtrée et préparée avec de l'huile d'amandes douces.

En somme, d'après M. Siebel, l'europhen possède les mêmes propriétés chimiques et physiologiques que l'iodoforme, sans avoir une odeur désagréable comme ce dernier.

II. — M. Eichhoff a rendu compte des essais thérapeutiques qui ont été faits avec l'europhen, à l'hôpital municipal d'Eberfeld, dans 16 cas de syphilis, 6 cas d'eczéma parasitaire, 2 cas de chancre mou, 2 cas de blennorrhagie, 1 cas de psoriasis, 1 cas de teigne faveuse, 1 cas de lupus, 1 cas de scrofulodermie, 1 cas de brûlure, 2 cas d'ulcères des membres inférieurs. Dans tous les cas d'affections vénériennes, ceux de blennorrhagie et 1 cas de syphilis exceptés. l'emploi topique de l'europhen a produit des effets salutaires. Il y a eu cicatrisation rapide des chancres mous, des lésions ulcéreuses syphilitiques primitives, secondaires et tertiaires, et cela aussi bien quand l'europhen était administré par la voie hypodermique, au voisinage des ulcérations, que lorsqu'il était appliqué directement sur celles-ci.

« Qu'à l'encontre de Barboux ès qualités, créancier saisissant, la dame Brunand soutient qu'elle serait en réalité propriétaire de l'officine, l'ayant achetée en 1876 de ses propres deniers; que, conséquemment, Barboux serait non recevable;

« Mais considérant que la dame Brunand ne saurait être admise à prétendre en justice, à l'appui de sa demande en revendication, qu'elle exploitait une pharmacie sons le nom de son mari; qu'en effet, le propriétaire d'une pharmacie doit être muni d'un diplôme, et qu'il ne suffirait pas, pour répondre au vœu de la loi, qu'il la fit gérer par un individu pourvu lui-même de ce diplôme;

« Que, dès lors, le droit de propriété qu'invoque la dame Brunaud aurait pour base un acte que réprime la loi pénale; qu'un délit ou une contravention ne saurait constituer le principe d'une action devant la juridiction civile;

« Que, conséquemment, son action n'est pas recevable;

« Par ces motifs et adoptant au surplus les motifs des premiers juges en tant qu'ils se réfèrent à ceux qui précèdent;

« Confirme le jugement du Tribunal civil de la Seine du 20 décembre 1889;

« Condamne l'appelante à l'amende et aux dépens. »

(7e Chambre de la Cour de Paris, 17 février 1891, *Droit* du 7 mars.)

Voir encore, dans le même sens : Un jugement de la 5e Chambre du Tribunal civil de la Seine, en date du 28 février 1890, *Droit* du 16 mars 1890.

Il y a lieu de se demander si, comme l'affirme l'arrêt de la Cour de Paris, le seul fait d'être propriétaire d'un fonds ou d'un matériel de pharmacie que gère effectivement une personne munie d'un diplôme régulier peut constituer réellement un délit ou une contravention que punirait une disposition formelle de la loi pénale. Il ne paraît pas que, ni la loi du 21 germinal an XI, ni même la fameuse déclaration de 1777, s'en expliquent nulle part. Ne serait-ce pas, au plus une simple prohibition dépourvue de sanction pénale?

A. Léchopié,
Avocat à la Cour de Paris.

Des effets salutaires ont été obtenus également dans le traitement topique des ulcères des jambes, des brûlures, des accidents scrofulodermiques, dans le cas de lupus. Insuccès dans les cas d'eczéma parasitaire, de psoriasis, de teigne faveuse, sans doute en raison de ce que le médicament, dans ces cas, venait en contact avec une surface sèche, et que l'intervention de l'humidité est nécessaire pour qu'il y ait mise en liberté d'une certaine quantité d'iode par dédoublement de l'europhen. Or, dans les mêmes circonstances, l'aristol et l'iodoforme n'agissent pas mieux.

III. — M. Glasser confirme ce que Heinz (1) avait annoncé au sujet du gallate de bismuth ou dermatol, qui est représenté comme un excellent topique, offrant tous les avantages de l'iodoforme, sans avoir les mêmes inconvénients : le dermatol n'est pas toxique, il n'irrite pas les tissus avec lesquels il vient en contact; il active la cicatrisation des plaies en sa double qualité d'antiseptique et de dessicant; il est inodore, très stable, d'un prix de revient peu élevé. Glaeser a employé le dermatol pour le pansement des plaies résultant d'opérations gynécologiques.

M. Rosenthal a expérimenté la valeur cicatrisante du dermatol dans une série de cas ressortissant à la dermatologie et la petite chirurgie: chancres mous, chancres indurés, gomme suppurée, balanite, lymphangité, bubons incisés, circoncision dans un cas de phimosis, gangrène circonscrite du pénis, furoncles, eczéma, ulcères des jambes. Les résultats sont représentés comme très satisfaisants.

D'autre part, M. Rosenthal donne les indications suivantes relativement au mode d'emploi du dermatol.

Le dermatol a été employé à l'état de poudre, pur ou mélangé avec de l'amidon, avec du talc; puis à l'état de pommade, de pâte avec ou sans adjonction d'oxyde de zinc. Voici des formules données par Rosenthal :

1°	Rec. Dermatol	10	parties
	Lanoline	20	—
	Vaseline	70	—
	M. — Pommade		
2°	Dermatol	2	parties
	Oxyde blanc de zinc	2	—
	Vaseline	20	—
	M. — Pommade		
3°	Dermatol	2	parties
	Oxyde de zinc	24	—
	Amidon	24	—
	Vaseline	50	—
	M. — Pâte (anti-eczémateuse).		
4°	Dermatol	5	parties
	Oxyde de zinc	5	—
	Gélatine	30	—
	Glycérine	30	—
	Eau	30	—

M. — (Modification de la pâte d'Unna: 5 grammes d'oxyde de zinc sont remplacés par autant de dermatol.)

Mentionnons que les recherches bactériologiques faites par M. Rosenthal pour éprouver le pouvoir bactéricide du dermatol ont donné des résultats essentiellement négatifs. En d'autres termes, le dermatol n'est pas un antiseptique dans le sens propre du mot.

IV. — M. Meyer s'est proposé surtout de réagir contre une opinion accréditée depuis quelque temps, et qui représente les effets thérapeutiques attribués à l'emploi du courant de pile comme étant des produits de la suggestion.

Tout d'abord M. Meyer dit qu'il faut distinguer parmi les effets résultants de l'action du courant de pile sur les tissus, ceux qui sont d'ordre électrolytique, et ceux qui sont d'ordre catalytique. Les premiers se manifestent dans le voisinage immédiat des poles, les seconds dans le trajet intermédiaire aux points d'application des électrodes, ce sont les *effets intrapolaires*, catalytiques, les seuls dont M. Meyer s'est occupé dans son travail, et voici ce qu'il en dit :

Pour obtenir des effets catalytiques aussi prononcés que possible, il ne faut pas seulement se préoccuper de l'intensité du courant considérée en elle-même, et de sa durée; il faut aussi veiller à ce que la partie malade soit traversée par un nombre aussi considérable que possible d'ondes électriques fortes. Quand on se propose d'électriser une partie du corps un peu volumineuse, on obtiendra ce résultat en appliquant, en des points opposés, deux électrodes flexibles qui, autant que possible, se rejoignent, et qu'on met en communication chacune avec un pôle différent. Le trajet du courant, dans la partie du corps qu'on se propose d'électriser, se trouvant réduit à son minimum, le courant conservera une intensité d'autant plus considérable. Quand on se propose d'agir sur les petites articulations des doigts, on enveloppera la jointure avec une électrode large de 2 centimètres environ, longue de 10 à 12 centimètres, et reliée au pole négatif; une large électrode, reliée au pôle positif, sera appliquée sur l'avant-bras ou le bras. Quand on veut agir sur un genou, on enveloppe la jointure avec deux électrode d'égales dimensions et reliées au pôle négatif; une électrode, de 300 centimètres carrés de surface, reliée au pôle positif, est appliquée sur la cuisse. L'intensité des courants devra être réglée sur la susceptibilité individuelle du sujet. La durée de chaque séance ne devra pas excéder dix minutes, et encore faudra-t-il de temps en temps détacher l'électrode négative, pour s'assurer de l'intégrité de la peau au point d'application de cette électrode.

Les circonstances dans lesquelles les effets catalytiques du courant de pile sont surtout à rechercher se rapportent aux névroses de la sensibilité et de la motilité, qui reconnaissent pour cause des exsudats dans la gaine des nerfs, ou des processus morbides (tumeurs, exsudats, périostoses) développés au voisinage immédiat des nerfs. La sciatique, dans sa forme grave, reconnait souvent pareille origine. Quand on examine le malade, alors qu'il est assis sur une chaise le dos tourné du côté du médecin, on constate que le muscle pyramidal de la cuisse et la portion sous-jacente du nerf sciatique proéminent manifestement, que le nerf, de ce côté, est élargie, plus dur, très sensible à la pression. L'application du courant de pile est, suivant M. Meyer, le remède le plus efficace pour triompher de ces exsudats névritiques et périnévritiques et des douleurs qu'ils entretiennent.

De même encore dans les cas de spasmes professionnels, lorsque par une exploration attentive, on a pu s'assurer que les accidents spasmodiques dépendent d'altérations nerveuses du genre de celles qui viennent d'être indiquées.

Même dans des cas de tic convulsif de la face, M. Meyer a obtenu des succès, quand il existait des points douloureux sur le trajet du facial, ou dans le voisinage des apophyses transverses des 2e, 3e et 4e vertèbres cervicales. M. Meyer cite trois exemples à l'appui.

Sont justiciables des mêmes procédés de traitement, les exsudats formés dans l'épaisseur des muscles, dans le tissu conjonctif sous cutané, dans les ganglions, dans les gaines tendineuses, notamment quand une tendovaginite circonscrite se

(1) Voir *Gazette médicale*, 1891, nos 25, p. 293.

traduit par les manifestations du « doigt à ressort » ; puis, les dépôts tophacés dans les articulations des doigts chez les goutteux, les exsudats dans les bourses tendineuses, les cals vicieux, les rondeurs articulaires, les tuméfactions œdémateuses de la face, consécutives à des érysipèles récidivants. Entre autres exemples produits par M. Meyer, nous mentionnerons le suivant :

Un homme de 22 ans s'était fracturé la seconde phalange de l'index de la main droite. Au siége de la fracture, il s'était formé un cal, du volume d'un haricot, qui rendait le sujet impropre au travail, par impossibilité de mettre en mouvement la seconde et la troisième phalange de son index, lesquelles étaient en extension permanente et coudées à angle droit avec la première phalange. Deux chirurgiens distingués s'étaient exprimés dans un sens peu favorable sur les résultats éventuels d'une extirpation du cal. C'est alors que le malade fut adressé à M. Meyer, qui le traita par les applications du courant de pile. Il a été présenté une première fois le 7 novembre 1887, à la Société de médecin de Berlin; après 16 séances d'électrisation, il pouvait de nouveau mouvoir son index. Lors d'une seconde présentation (9 janvier 1890) et après 21 nouvelles séances d'électrisation, on pouvait constater que le cal avait complètement disparu et que le malade pouvait de nouveau se servir de sa main comme précédemment.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

I. — Hystérie male et dégénérescence, par M. J. Roubinovitch. — Chez Rueff et Cie, 1890, thèse de doctorat. Paris.

II. — Psychologie de l'idiot et de l'imbécile. — *Essai de psychologie morbide*, par M. Paul Sollier. — Félix Alcan, 1890, thèse de doctorat, Paris.

I. — L'auteur cherche à démontrer la coïncidence fréquente en clinique de l'hystérie mâle avec les stigmates psychiques et physiques de la dégénérescence. Dans toutes les observations les sujets se présentaient dès leur tendre enfance comme des êtres anormaux, non seulement au point de vue physique, ce qui est de moindre importance, mais surtout au point de vue moral et intellectuel. Jusqu'à un certain âge l'existence de ces hystériques mâles et dégénérés paraît supportable et les manifestations graves de leur état psychique ne se montrent que plus tard, à l'occasion d'une émotion.

Jusqu'à la même époque l'histoire pathologique de ces malades est dégagée de toute manifestation dangereuse ; ils sont simplement bizarres, originaux, débiles, ils ont des aptitudes restreintes et, quoique leur déchéance morale ou intellectuelle soit évidente, ils ne paraissent pas encore sérieusement atteints aux yeux de leur entourage, mais bientôt sous l'influence d'un traumatisme, d'une émotion, d'excès alcooliques ou autres, l'individu commence à présenter des obsessions, des impulsions et simultanément des accidents hystériques.

L'auteur admet bien que la plupart des individus qui portent en eux-mêmes les éléments de cette constitution pathologique peuvent vivre et mourir sans avoir jamais présenté des accidents nerveux ou psychiques graves. Mais les autres héréditaires dégénérés, la minorité, ceux qui ont subi d'une façon intense l'influence de leurs ascendants-malades, ceux chez qui, dès leur enfance, l'équilibre des fonctions nerveuses et psychiques se trouve complètement rompu, ceux-là se comportent autrement. Leur constitution névro et psychopatique est incapable de lutter contre les moindres exigences de la vie courante, et les incidents de celle-ci provoquent chez eux avec une grande facilité des troubles plus ou moins graves sous forme de syndromes psychiques et d'affections nerveuses. L'individu, chez lequel les tendances émotives dominent le tableau dégénératif, devient plus tard un agoraphobe, un claustrophobe, etc... ; quand ce sont les troubles intellectuels qui occupent la première place dans l'histoire de l'enfant, nous voyons l'adulte devenir un obsédé, un onomatomane, par exemple ; quand c'est la sensibilité générale qui se fait remarquer dès le début par un fonctionnement irrégulier, on voit plus tard l'individu devenir hypochondriaque ; enfin si les troubles moteurs réflexes occupent le premier plan on se trouve plus tard en présence de l'épilepsie, l'hystérie, etc...

Ces troubles intellectuels, sensitivo-sensoriels, moteurs-réflexes peuvent exister associés chez le même enfant et plus tard les différents syndromes psychiques ou nerveux qui en résultent peuvent également se trouver associés chez l'adulte. Nous ne devons pas nous étonner alors de trouver chez le même individu de l'hémianesthésie, du rétrécissement du champ visuel, des crises convulsives, de l'hystérie en un mot, associée à la folie du doute, au délire du toucher, à l'onomatomanie, aux impulsions au suicide ou à l'homicide, à l'absence ou à l'aberration du sens génésique, à toutes les perversions d'ordre moral ou organique et à toutes les malconformations d'ordre physique. On peut donc dire que la dégénérescence et l'hystérie paraissent avoir une affinité mutuelle qui se manifeste sous l'influence d'un agent provocateur quelconque : alcoolisme, maladies infectieuses, fièvres éruptives, traumatisme, grandes perturbations morales, misère, etc. ; l'hystérie paraîtrait être ainsi le résultat d'une évolution logique de la dégénérescence.

Quand même les accidents hystériques occuperaient la plus grande partie du tableau clinique, il est essentiel de ne pas négliger la recherche des stigmates psychiques et physiques de la dégénérescence, car la signification de ces stigmates est énorme au point de vue du pronostic : ils indiquent la source maladive d'où provient l'hystérique et sa prédisposition aux troubles mentaux. Cependant les troubles psychiques liés directement aux attaques d'hystérie (périodes hallucinatoires) ne doivent pas être confondus avec ceux qui résultent de la dégénérescence mentale de l'individu; ceux-ci doivent être considérés comme autant d'expressions d'une organisation en dégénérescence, on doit leur attribuer un rôle très important dans la prédisposition aux psychoses. On apprécie dès lors combien cette prédisposition est grande pour l'hystérique dégénéré.

II. — La description d'ensemble de l'idiotie est impossible, parce que les idiots forment un groupe très diversifié, renfermant des types nullement comparables entre eux. On ne peut non plus prendre comme terme de comparaison l'état psychologique des enfants normaux, ou l'intelligence des animaux, parce que l'idiot, même éduqué, est un être anormal qui n'a pas d'équivalent au point de vue psychologique dans la série animale.

Aussi ne doit-on pas s'étonner si les auteurs ne sont pas d'accord quand il s'agit de définir simplement ce qu'on entend par idiotie. Pour M. Sollier, « c'est une affection cérébrale chronique à lésions variées, caractérisée par des troubles des fonctions intellectuelles, sensitives et motrices, pouvant aller jusqu'à leur abolition presque complète et qui n'emprunte son caractère spécial particulièrement en ce qui concerne les troubles intellectuels, qu'au jeune âge des sujets qu'elle frappe ».

Les classifications des degrés de l'idiotie n'ont pas manqué non plus. Tous les aliénistes en ont créé, mais d'après M. Sollier, la faculté d'*attention* est celle qui doit servir de base à une classification sérieuse. Et il divise ainsi les divers degrés de l'idiotie :

1° *Idiotie absolue* : Absence complète et impossibilité d'attention ;

2° *Idiotie simple* : Faiblesse et difficulté d'attention.

3° *Imbécilité* : instabilité de l'attention.

Comme on le voit, c'est à l'absence ou au peu de développement de cette faculté que correspond le degré de l'intelligence et c'est à la persistance de ce défaut qu'on doit attribuer l'idiotie. Or l'attention spontanée paraît avoir pour cause des états effectifs, ceux-ci déterminés par des sensations.

Il semble donc que la faculté d'attention soit primitivement en rapport avec la vivacité des sensations. Or, chez les idiots justement, les sensations sont très peu vives, et leur attention est peu ou pas provoquée dans les premiers temps de la vie, elles n'éveillent donc que les perceptions vagues, confuses, et aucune idée nette.

Cette infirmité se traduit dès les premiers temps de la vie par un ensemble de symptômes auxquels les parents eux-mêmes ne se trompent pas.

Beaucoup d'idiots congénitaux, en effet, ont de la difficulté à téter, ils ont des crises de cris par accès et sans motifs Chez quelques-uns il y a cécité congénitale ; chez les autres, quand le regard commence à se diriger, on remarque que les idiots ne fixent pas, il en est de même pour l'ouïe, ils semblent ne pas entendre. Le rire est absent chez eux. Les mouvements eux-mêmes ont quelque chose de spécial, tantôt c'est une inertie dont rien ne les tire, tantôt c'est un mouvement perpétuel.

Chez la plupart des idiots incurables, il serait difficile de se prononcer sur l'état de leur vue, en réalité, s'ils regardent sans voir, cela tient uniquement à l'absence d'attention ; chez les idiots d'un degré plus élevé la vue est bonne et normale en général. Chez les imbéciles il n'y a pas de différence avec l'homme normal.

La surdimutité est encore beaucoup plus rare que la cécité ; à côté de cette infirmité, quand elle existe, on peut ranger la pseudosurdité par défaut d'attention, beaucoup plus curable ; chez les imbéciles l'ouïe est le plus souvent normale.

Le goût et l'odorat sont les deux sens les plus fréquemment atteints. Ce qu'on observe le plus souvent chez l'idiot simple c'est la voracité, la gloutonnerie. Chez les imbéciles ces défauts font place à la gourmandise, quelques-uns ont un goût prononcé pour l'alcool.

A côté de la voracité des idiots, il faut noter les anomalies du goût, qui ne leur permettent pas de distinguer les saveurs sucrées ou amères, l'inversion ou les perversions du goût.

Les mêmes remarques s'appliquent à l'odorat ; plus encore peut-être pour les odeurs que pour les saveurs, les sens paraissent complètement obtus. Cependant, on observe parfois des cas d'acuité extraordinaire.

La sensibilité tactile est très obtuse, mais toujours d'une manière uniforme. Chez les idiots profonds, le contact, la piqûre, le chatouillement ne sont pas sentis. Mais peut-être faut-il faire encore ici intervenir le défaut d'attention, puisque dès que les idiots sont susceptibles d'éducation, ils sentent, et le développement de leur attention fait disparaître les troubles de la sensibilité.

Les sensations thermiques sont parallèles à celles de la sensibilité tactile ou douloureuse ; néanmoins, la température des idiots est inférieure à la normale, et ils sont d'une susceptibilité extrême au froid.

Les mouvements sont rares chez les idiots profonds qu'on voit rester immobiles des heures entières.

Mais la majorité a des mouvements continuels, qui sont rythmés, de véritables tics. Les principaux consistent dans des balancements du tronc et de la tête, accompagnés d'un chantonnement toujours le même, d'un cri ou d'un mot constamment répété.

Chez tous les idiots, on note un retard de la marche qui ne commence qu'à 18 mois, 2 ans, 3 ans, plus tard, ou jamais.

Les sensations organiques sont également atténuées.

(*A suivre.*) H. Barbier.

BULLETIN

Le dernier Congrès pour l'étude de la tuberculose n'aura pas eu seulement pour but d'affirmer les progrès nouvellement accomplis dans la prophylaxie et la thérapeutique d'une maladie particulièrement meurtrière. Il aura eu aussi le mérite de préciser la voie dans laquelle expérimentateurs et cliniciens devront s'engager désormais pour résoudre les questions encore pendantes. Précédemment, nous avons déjà fait pressentir notre opinion à ce sujet, en indiquant les bons effets réalisés à ce jour au moyen des injections sous-cutanées ; nous avons dit que l'avenir nous paraît appartenir à cette méthode qui représente le moyen le plus rapide et le plus sûr d'introduire dans l'organisme les substances médicamenteuses propres à combattre la vitalité du bacille pathogène et à restreindre les ravages que ce dernier exerce au sein des tissus. Nous voudrions pouvoir, dès maintenant, formuler la même opinion vis-à-vis des tentatives d'inoculations préventives au moyen de sérum prélevé sur des animaux censés réfractaires à la tuberculose inoculation que l'on a préconisé récemment. Mais on peut craindre que de ce côté, il y ait bien des illusions en cause et en tous cas, il est permis de dire que les résultats obtenus jusqu'à présent n'ont guère justifié les prévisions des initiateurs de la méthode.

Malgré les affirmations apportées au dernier Congrès par des expérimentateurs tels que MM. Héricourt, Pinard, Bernheim et Bertin, il convient de rester sur ce point dans une réserve prudente. Aux uns, on pourrait objecter le trop petit nombre des faits sur lesquels s'appuient leurs conclusions ; aux autres, on pourrait reprocher la généralisation prématurée et l'application clinique un peu hâtive de quelques résultats de laboratoire en apparences favorables. Sur une pareille question, on ne peut encore se prononcer définitivement à l'heure présente, car il conviendrait d'abord de faire le départ exact entre ce qui revient réellement à la méthode elle-même, et, d'autre part, les diverses causes d'erreur procédant par exemple d'une série heureuse ou bien d'une simple amélioration momentanée attribuable elle-même à une sorte d'état suggestif créé et entretenu chez les malades par l'attente d'un résultat annoncé à l'avance. Ainsi, M. Pinard affirme avoir obtenu, par les injections d'hémocyne, un résultat extrêmement favorable, une guérison tout au moins relative, dans un cas de péritonite tuberculeuse à forme ascitique déjà traité antérieurement et sans succès par la ponction. Or, dans des cas du même genre, on a obtenu aussi des améliorations réelles et durables avec la simple laparotomie suivie du lavage antiseptique de la grande séreuse abdominale ; cependant on ne pouvait espérer, par cette opération, supprimer les granulations tuberculeuses infiltrées dans l'é-

paisseur de la membrane et on ne peut dire au juste par quel mécanisme s'est produite l'amélioration ultérieurement constatée. Ceci revient à dire que, lorsqu'il s'agit de thérapeutique anti-bacillaire, il est généralement difficile d'interpréter les résultats et de faire exactement la part de ce qui revient à la méthode employée. Du reste, cette remarque a été faite depuis longtemps au sujet de l'action des médicaments que l'on emploie journellement dans le traitement de la phthisie. Il y aurait certainement exagération et abus à leur attribuer tout le bénéfice de l'amélioration que l'on observe chez certains tuberculeux, alors que celle-ci peut être imputée pour une bonne part à d'autres causes, telles que l'établissement de conditions hygiéniques meilleures. Ce dernier rapprochement nous paraît légitime et nous persistons à croire que, en matière de vaccination tuberculeuse, l'interprétation des résultats ne sera valable que lorsqu'une expérimentation très étendue aura fourni les éléments d'une statistique décisive, irréfutable.

Pourtant si nous croyons nécessaire d'introduire des réserves quant à la valeur d'une méthode encore à l'épreuve, nous nous empressons d'ajouter que les effets obtenus jusqu'à ce jour sont assez encourageants pour autoriser de nouveaux essais. D'ailleurs il ne s'agit ici que d'un cas particulier dans l'application de cette grande méthode, encore à son début, qui vise la guérison de la tuberculose par la pénétration intracirculatoire directe de substances douées de propriétés bactéricides en quelque sorte électives. Dans cet ordre de faits, on a déjà vu les remarquables effets obtenus avec les injections sous-cutanées et iodoformées. Il est donc permis d'admettre la possibilité de découvrir, grâce à l'expérimentation sur les espèces animales, un sérum doué de propriétés qui lui donneraient, vis-à-vis de la tuberculose, un rôle analogue à celui que la lymphe de Jenner joue par rapport à l'infection variolique. La tentative de Koch était déjà un premier pas dans ce sens: On est fondé à croire que ses imitateurs seront plus heureux, et on peut en même temps émettre le vœu que l'honneur de réaliser cette grande conquête scientifique soit réservé à notre pays.

P. M.

NOTES ET INFORMATIONS

La statue de Jacques Daviel. — On sait que la ville de Bernay vient délever une statue au célèbre oculiste Daviel.

Sur la place de l'Hôtel-de-Ville, la statue de Jacques Daviel se dresse sur un socle, où a été gravée cette inscription :

« *A Jacques Daviel, inventeur de l'extraction de la cataracte, sa patrie et l'humanité reconnaissantes.* — 1693-1762). »

C'est M. le professeur Panas qui était président de l'œuvre de la souscription. Voici le discours qu'il a prononcé à la cérémonie d'inauguration :

« La réunion d'un si grand nombre de personnalités accourues des divers points de la France témoigne de l'intérêt patriotique et à la fois scientifique qui s'attache à cette solennité. L'immortel Jacques Daviel, dont nous inaugurons aujourd'hui la statue, mérite cet insigne honneur non seulement par les services éclatants qu'il a rendus à l'humanité, mais encore par ses grandes qualités de savant et de philanthrope. Plein d'abnégation lorsqu'il quittait la Normandie, son pays natal, pour porter secours aux pestiférés de Marseille, Daviel n'a cessé depuis d'avoir d'autre objectif que celui de servir la France, dont il contribua à répandre au loin la renommée.

« Sa découverte, qui consiste à extraire de l'œil la cataracte, que pendant des siècles on se bornait à abaisser, eut un tel retentissement dans le monde que Daviel fut immédiatement classé parmi les bienfaiteurs de l'humanité. Son entreprise, aussi hardie que féconde en résultats, n'a pas été l'effet d'un pur hasard. Professeur d'anatomie et de chirurgie à l'école de Marseille pendant de longues années, Daviel a dû beaucoup méditer et se livrer à de nombreuses recherches sur le cadavre, avant d'oser s'attaquer à l'œil vivant pour extraire la cataracte. Aussi, est-ce dans une attitude méditative que l'habile sculpteur, M. Guilloux, de Rouen, nous représente Daviel, la main droite armée de l'instrument qui doit frayer le passage à la cataracte.

« Grâce à son esprit génial, Daviel parvint du premier coup à rendre son opération parfaite. Aujourd'hui comme alors, la méthode qui porte son nom reste de beaucoup la meilleure et la plus simple. Par un mouvement justifié qui s'accentue chaque jour davantage et auquel nous sommes heureux d'avoir contribué, la chirurgie oculaire abandonne peu à peu les procédés compliqués, et, en particulier, celui dit de Graefe, ou allemand, pour revenir à la magistrale simplicité de l'opération de l'illustre chirurgien français. Si l'on excepte des modifications de second ordre et les conquêtes toutes récentes de l'antisepsie, nous pourrons dire qu'après plus d'un siècle nous restons les continuateurs de l'œuvre de Daviel.

« Une telle suprématie explique la vénération qui s'attache au nom de Daviel tant en France qu'à l'étranger. On ne saurait donner une meilleure preuve de ce sentiment d'admiration universelle qu'en rappelant l'hommage rendu au savant français par la Suisse, cette nation généreuse et amie qui lui a élevé un mausolée dans le cimetière du Grand-Sacconex, où reposent ses cendres.

« Combien la France doit s'estimer fière d'ériger à son tour la statue de l'homme qui lui attire tant de sympathie comme un témoignage de sa suprématie scientifique.

Et ce sera pour la ville patriotique de Bernay un bonheur que de se voir souvent visitée par un grand nombre de savants de tous les pays du monde. J'éprouve, comme vous tous, un grand bonheur de constater le succès complet de notre entreprise. Pour aboutir, il a fallu l'initiative de la Société libre de l'Eure, les sacrifices généreux de la municipalité de cette ville, le concours du corps médical français tout entier, le réel talent, joint au désintéressement du sculpteur Guilloux, et de l'architecte, M. Adeline, enfin l'appui effectif de M. le ministre des beaux-arts et des diverses villes de France, parmi lequels nous citerons Paris, Marseille et Digne. Nous n'oublierons pas non plus la presse tout entière, qui a secondé puissamment nos efforts. Que tous reçoivent ici les remerciements les plus mérités.

« Le comité que nous avons eu l'honneur de présider est heureux de remettre à la ville de Bernay le monument destiné à perpétuer la mémoire d'un des enfants les plus illustres de la Normandie, de Jacques Daviel. »

— M. Alfred Daviel, avoné à Rouen, a parlé ensuite au nom de la famille du grand chirurgien, pour exprimer sa reconnaissance au comité et aux souscripteurs.

— La parole a été ensuite donnée à M. le professeur Brouardel :

Au nom du corps médical français, au nom des facultés de médecine et au nom du grand maître de l'Université qui m'a formellement chargé d'être son interprète aujourd'hui, j'apporte à la mémoire de J. Daviel l'hommage de notre vive admiration et de notre profonde reconnaissance.

Les orateurs que vous venez d'entendre vous ont parlé du bienfaiteur de l'humanité, vous ont montré avec quelle patience, quelle persévérance Daviel avait rendu féconde l'idée de génie qu'il avait conçue.

Avoir rendu la vue à un groupe d'aveugles suffirait à illustrer le nom d'un homme, mais Daviel a fait plus. Il a fait rentrer dans la

médecine l'étude de toutes les maladies d'yeux. Jusqu'alors elles étaient trop souvent abandonnées aux soins d'empiriques, parfois de charlatans ambulants.

Depuis, Daviel, grâce à son impulsion, pour le plus grand bénéfice de l'humanité, elles sont méthodiquement étudiées par les membres les plus éminents du corps médical.

Plusieurs sont venus, par leur parole, par leur présence affirmer la *valeur* du maître du XVIIIe siècle. Ils ont suivi ses traces, non sans gloire pour eux et leur patrie.

Ce n'est pas seulement parce que la méthode de Daviel a rendu la lumière à des milliers de personne, que le chirurgien normand mérite d'être placé au premier rang de nos gloires nationales ; c'est, permettez-moi d'insister sur cette vérité d'ordre scientifique, parce que cette découverte merveilleuse n'a pas été le fruit du hazard. Elle a été inspirée, conduite dans tous ses détails suivant les règles de la méthode scientifique la plus rigoureuse. Son histoire pourrait encore aujourd'hui servir de modèle à plus d'un.

Le génie de Daviel était doublé par un caractère admirable. Dans cette vie de soixante dix ans, on peut tout louer. Il n'y a pas une ombre au tableau.

Pour ceux à qui il rendait la lumière Daviel était un Dieu : les témoignages de la plus vive reconnaissance éclatent autour de lui. Ils lui sont prodigués par les plus pauvres malades, par les puissants du jour. Lui, reste modeste, il ne proclame pas bruyamment la valeur de la découverte qu'il vient de faire. Ce qui le frappe, ce qui le préoccupe, ce sont les imperfections de sa méthode.

« Il s'en faut de beaucoup, écrivait-il à M. de Joyeuse, que cette « opération soit aussi certaine et aussi facile que bien des gens « l'ont cru et que je l'ai cru moi-même, quand j'ai commencé à la « pratiquer. »

C'est grâce à ce doute, à cette possession de lui-même, que Daviel a su résister à un entraînement bien naturel ; qu'il a su pendant des années perfectionner son procédé, et que l'illustre chirurgien normand a créé une opération qui est une gloire, non pas seulement pour sa petite patrie, sa province d'origine, mais pour la France entière.

Ce savant était un homme bien doué. Son caractère était à la hauteur de son génie.

En 1720, la peste décimait Marseille, Jacques Daviel avait vingt-sept ans. Il s'inscrivait un des premiers parmi les médecins que Paris envoyait pour combattre le fléau qui ravageait la France.

Quel était l'état de la ville dans laquelle allait tomber notre jeune chirurgien ? J'emprunte quelques renseignements aux relations que nous ont laissés les médecins Bertrand, Chérac et Chycoineau :

La terreur avait affolé la population. Le Parlement d'Aix avait rendu un arrêt pour intercepter toute communication avec Marseille. La disette apparut bientôt. On y remédia par l'établissement de trois marchés, sur les routes d'Aubagne et d'Aix et à Lestagne pour la voie de mer. Là, les vendeurs, séparés des acheteurs par des barrières, pourvoyaient à la subsistance des habitants. Ceux-ci désertèrent leurs maisons, se logèrent à la campagne ou au bivouac, nu sur des vaisseaux. Toutes les administrations religieuses même abandonnèrent la ville où il ne resta que le clergé qui, animé par l'exemple de l'évêque, le respectable M. de Belzunce, déploya un courage héroïque et une charité au-dessus de tout éloge.

Les rues et les places publiques étaient jonchées de malades et de cadavres, traînés hors des maisons ou jetés par les fenêtres. Les cadavres servaient de pâture aux chiens. Plus de 80 forçats chargés d'enlever les morts périrent en huit jours. En un an, près de 90,000 habitants de Marseille furent enlevés par la peste.

Quel fut le rôle de Daviel dans cette affreuse tourmente ? Ce n'est pas par lui que nous sommes renseignés. Dans sa modestie il crut sans doute qu'il n'avait fait que son devoir. Mais, grâce aux documents locaux, nous pouvons le suivre en Provence. Il va là où le fléau sévit avec le plus de violence : en six mois, nous le trouvons successivement à Marseille, Digne, Toulon, Salin. Nous avons, pour apprécier cette phase héroïque de sa vie, le témoignage de reconnaissance donné par ceux qui furent ses témoins journaliers : les échevins de Marseille accordèrent à ce chirurgien du Nord des lettres de maîtrise, sans lui faire subir les examens prescrits par les statuts corporatifs. Cette dérogation aux usages fut même l'occasion d'un procès qui pourrait inspirer la verve de quelque poète satirique.

A cette époque déjà éloignée, les médecins étaient parfois jaloux des succès de leurs confrères, et il fallut un arrêt du Parlement d'Aix pour confirmer les lettres de maîtrise aux « *chirurgiens de la peste* », J. Daviel, Fondhomme, Viguier et Nicolas.

Marseille fit plus, elle lui ouvrit ses hôpitaux et, pendant quinze ans, Daviel professa l'anatomie et la chirurgie, préparant ainsi les travaux qui devaient illustrer son nom. Le roi lui avait envoyé comme témoignage de reconnaissance une décoration à l'effigie de Saint-Roch, avec cette devise : « *Pro fugata peste* ». Heureuse devise, car le triomphe de Daviel et de ses collègues a survécu à leur dévoûment, et depuis un siècle et demi, la peste n'a pas reparu en France !

Tel fut l'homme à qui sa patrie élève une statue. Son nom mérite de vivre, d'être un exemple pour tous les médecins. Mais quelle auréole la noblesse de ce caractère n'ajoute-t-elle pas à la couronne que, pour sa belle découverte, la gloire a déposée sur son front !

Que ceux qui ont eu l'heureuse idée de rendre à Daviel, à ce modeste et illustre médecin le témoignage de la reconnaissance que lui devait l'humanité, que celui qui a d'une main si ferme fait revivre aujourd'hui devant nous les traits de ce chirurgien normand trop longtemps oublié, reçoivent les remerciements du corps médical français.

— M. le Dr Chavernac, d'Aix, a loué ensuite l'admirable dévouement de Daviel pendant la peste de Marseille.

— M. le Dr Galezowski, a associé au nom de Daviel celui de Desmarres, un autre oculiste normand.

« Ce sont eux, a t-il dit, qui ont formé cette pléiade d'ophtalmologistes distingués dont non seulement la France, mais aussi l'étranger, doit se glorifier ; car, Messieurs, ne l'oublions pas, c'est souvent, c'est presque toujours avec le suc des fleurs de France que les abeilles étrangères font leur miel ! Desmarres, comme Daviel, fut le fils de cette Normandie si féconde en grands hommes. S'il n'eût pas le génie créateur de son devancier, il eut, du moins, le mérite de faire adopter sa précieuse découverte. »

NOUVELLES

Facultés et écoles des départements.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Ducung est nommé, du 1er juillet 1891 au 31 octobre 1892, préparateur des cours et travaux pratiques de chimie.

Faculté de médecine de Lyon. — Sont institués, pour une période de deux ans, chefs de clinique : MM. les Drs Devic (clinique médicale), Orcel (clinique chirurgicale) et Tellier (clinique obstétricale).

M. Sauvaître est nommé, du 1er juillet 1891 au 31 octobre 1892, préparateur des cours et travaux pratiques de chimie.

Faculté de médecine de Nancy. — M. le Dr Heydenreich, professeur de clinique externe, est nommé doyen, pour une période de trois ans.

Ecole de médecine de Clermont. — M. le Dr Fredet, ancien professeur d'accouchements, maladies des femmes et enfants, est nommé professeur de thérapeutique et d'hygiène.

M. le Dr Bousquet, suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales, est nommé professeur de clinique obstétricale.

École de médecine de Nantes. — M. le Dr Hervonet, chargé d'un cours de clinique médicale, est nommé professeur de clinique médicale.

École de médecine de Poitiers. — M. le Dr Delaunay est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

École de médecine de Rouen. — Un concours s'ouvrira le 10 février 1892, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Rouen.

Corps de santé de la marine.

Ont été nommés :

Au grade de médecin de deuxième classe : MM. les médecins auxiliaires de 2e classe J.-B. Vincent et G.-J.-M. Cheminade, pour compter du 5 août 1891.

Médecins auxiliaires de deuxième classe : MM. E.-A. Béguin, J.-F.-E. Rigaud, E.-E.-P. de Saint-Germain, E.-L.-S. Rigollet, M.-A.-P. Bouchart et J.-F.-M. Le Quément.

— L'École de médecine navale de Bordeaux est en congé jusqu'au 1er novembre. Les jeunes gens qui auront été nommés élèves du service de santé, à la suite du concours qui va avoir lieu dans le courant du mois, entreront le 15 octobre.

Voici, par ordre de mérite, le nom des élèves classés les premiers de leur division et nommés brigadiers et élèves d'élite :

Première division. — 1. Béguin, 2. Rigaud, 3. de Saint-Germain, 4. Vizerie, 5. Souls, brigadiers; — 6. Aubry, 7. Chabannes, 8. Rey, 9. Allain, élèves d'élite.

Deuxième division. — 1. Condé, 2. Lallemant, 3. Joël Mesny, 4. Arnould, brigadiers; — 5. Averous, 6. Poret, 7. Laurent, 8. Mesnet, 9. Mercier, 10. Morel, 11. Aubert, 12. Hernandez, 13. Barrat, élèves d'élite.

Troisième division. — 1. Crozet, 2. Lasnet, 3. Quinson, 4. Erdinger, brigadiers; — 5. Viguier, 6. Cordier, 7. Frézouls, 8. Beudon, 9. Camus, 10. Bartet, 11. Liffran, 12. Baudry, élèves d'élite.

— M. le Dr Phocas, agrégé à la Faculté de médecine de Lille, est chargé d'une mission en Italie, à l'effet d'y étudier les Instituts orthopédiques.

Nombre des étudiants en médecine en 1890. — D'après les documents officiels transmis par le ministre de l'instruction publique à la Commission du budget, le nombre des étudiants en médecine a été, en 1890, de 7,016.

Ces 7,016 étudiants se répartissent ainsi : Faculté de médecine de Paris, 3,050; Facultés des départements, 2,144; Écoles secondaires, 1,707; Facultés libres, 118.

Sur ce nombre total, on compte 702 étudiants étrangers, parmi lesquels 203 Russes.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame — *Téléphone*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,

J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL NECKER. — SERVICE DE M. LE PROFESSEUR GUYON.

DE LA RÉSECTION DE L'URÈTRE

Leçon recueillie par M. le Dr Desnos, *ancien interne des hôpitaux.*

Messieurs,

Dans quelques instants je m'en vais opérer devant vous un malade que vous avez vu dans nos salles et qui porte un rétrécissement très serré et très dur de l'urèthre. Comme il arrive presque toujours en pareil cas, la cause du rétrécissement est un grand traumatisme. En effet, il y a dix ans, cet homme a fait une chute d'une hauteur de 30 mètres. Il est difficile, dans une telle circonstance, de savoir comment les choses se passent, mais ici on peut établir que le choc a porté, en partie tout au moins, sur le périnée, et qu'il n'y a pas eu fracture du bassin. Voici les phénomènes qui se sont montrés et qui permettent de poser ce diagnostic rétrospectif :

Immédiatement après l'accident, le malade eut une hémorragie véritable ; du sang s'écoula en abondance par le méat, écoulement continu qui se prolongea jusqu'au milieu de la nuit. Pendant tout ce temps, la miction fut impossible, et les besoins cependant augmentaient incessamment; le malade alors, faisant de violents efforts, expulsa par l'urètre un caillot assez gros et immédiatement la miction se rétablit. Pendant les jours suivants l'urétrorragie diminua progressivement; la miction, toujours douloureuse et difficile, s'effectua cependant régulièrement ; enfin, et ce détail est important à noter, on n'observa au périnée ni ecchymose ni tuméfaction.

Il est permis d'affirmer qu'il y a eu rupture de l'urètre, car l'hémorragie ne peut reconnaître une autre origine, que cette rupture s'est faite dans l'urètre antérieur, mais en plein périnée, c'est-à-dire, à la partie la plus reculée de l'urètre antérieur, au niveau du cul-de-sac du bulbe ; on peut éliminer aussi sûrement toute rupture de l'urètre postérieur car alors le sang, arrêté par le sphincter membraneux, se serait épanché dans la vessie, il aurait été expulsé avec l'urine pendant la miction et ne se serait pas écoulé par le méat d'une manière continue. Comme ces ruptures profondes ne se produisent que consécutivement à une fracture du bassin, vous devez éliminer cette dernière lésion.

Le malade se rétablit assez rapidement, mais un mois ne s'était pas écoulé depuis l'accident, que des difficultés de la miction apparurent. Le cathétérisme, fait à ce moment, fit reconnaître un rétrécissement de la région périnéo-bulbaire et pendant six mois, des séances de dilatation eurent lieu régulièrement ; mais on ne put dépasser les numéros 10 ou 12 de la filière Charrière, la résistance étant trop grande. Vous trouvez donc réunis ici les trois signes principaux auxquels vous reconnaîtrez qu'un rétrécissement est d'origine traumatique ; c'est que : 1° la lésion est localisée, unique ; 2° son apparition et son évolution sont rapides ; 3° enfin, l'obstacle résiste aux moyens habituels de dilatation. Depuis dix ans, l'histoire de ce malade est des plus uniformes ; il parvenait à se sonder deux ou trois fois par semaine, au prix de grands efforts ; mais les résultats étaient de moins en moins bons ; la miction était devenue de plus en plus difficile et la situation du malade l'obligea à demander un secours à la chirurgie.

En examinant ce malade nous trouvons que les lésions sont localisées dans le périnée. Ni à la vue, ni à la palpation n'apparaissent de cicatrice cutanée ; le fait n'a pas lieu de nous surprendre, car dans la plupart des traumatismes de ce genre, les lésions sont profondes et les téguments respectés. Par la palpation on sent sur le trajet de l'urètre un noyau dur, du volume d'une noisette résistant, peu mobile, non douloureux. L'examen intra-urétral, pratiqué avec un explorateur de gomme à boule olivaire, permet de constater l'intégrité de l'urètre antérieur ; l'instrument chemine sans rencontrer le moindre obstacle; arrivé au contraire à la région périnéo-bulbaire, il est arrêté net, et on sent qu'on vient buter sur une paroi épaisse et résistante. Ce n'est qu'à l'aide d'une bougie fine qu'on traverse le rétrécissement ; il est donc perméable et d'accès facile, circonstances que nous aurons à utiliser pour le traitement.

Une intervention chirurgicale s'impose ici et à bref délai ; en effet, les conditions dans lesquelles se trouve notre malade sont encore satisfaisantes, mais, d'un moment à l'autre, nous pouvons assister à un changement complet de cet état ; sans m'étendre sur l'évolution des lésions des différents organes de l'appareil urinaire au cours du rétrécissement de l'urètre, je vous rappellerai seulement que, en présence d'un obstacle, une vessie jeune, comme celle de la plupart des rétrécis, s'hypertrophie et, pendant un temps plus ou moins long, lutte victorieusement ; de cette manière, la pression intra-vésicale augmente et la fonction urinaire est remplie dans des conditions à peu près satisfaisantes. Tant qu'il en est ainsi, les voies urinaires supérieures sont protégées, mais, à un moment donné, tôt au tard, l'équilibre se rompt, la vessie ne suffit plus à sa tâche, elle se laisse forcer ; les uretères sont dilatés et ne tardent pas à être infectés. Aussi, les malades, dont la santé générale est restée bonne jusque-là, se trouvent tout d'un coup exposés à un danger beaucoup plus grand. Il faut donc saisir le moment où la vessie est encore puissante, et ne pas temporiser outre mesure.

C'est ce que vous observez chez notre malade, et voilà pourquoi je suis décidé à l'opérer sans tarder. Plusieurs méthodes s'offrent à nous. L'urètre, je vous l'ai dit, est perméable; il permet le passage d'une bougie conductrice; par conséquent l'urétrotomie interne serait praticable. Mais, en face d'un ré, trécissement tranmatique, cette opération ne donne ordinairement que de résultats temporaires. Elle n'agit que sur la paroi supérieure; or, celle-ci est toujours plus ou moins respectée dans les traumatismes, exception faite pour les énormes délabrements à la suite desquels la rupture de l'urètre est pour ainsi dire broyé; chez notre malade, la rupture urétrale a sans doute été partielle, car il n'a pas eu de rétention, ni d'infiltration d'urine après l'accident, et la paroi supérieure seule est probablement intéressée. En incisant la paroi supérieure au moyen d'une urétrotémie, j'opérerai donc sur un bon terrain, sur des tissus peu modifiés par le travail cicatriciel, et j'utiliserai en effet cette voie; mais si je bornais à cela mon intervention, je laisserais vis-à-vis de mon incision une trop grande masse de tissu cicatriciel rétractile qui comblerait bientôt la voie nouvellement frayée.

Au contraire, en portant une incision sur la partie inférieure, on passe bien au travers de la cicatrice, et en recourant à l'nrétrotomie externe de dehors en dedans, on est forcé de traverser toute l'épaisseur de la cicatrice, et il semblerait que l'opération dût être ainsi plus radicale. Il n'en est rien, et une incision intéressant des tissus fibreux et indurés se répare au moyen d'une cicatrice elle-même fibreuse et rétractile; le résultat serait plus éphémère encore qu'après une urétrotomie interne sur la paroi supérienre.

Ce n'est donc ni à l'une, ni à l'autre des urétrotomies qu'il faut s'adresser exclusivement, mais pratiquer une autre opération qui nous est indiquée par l'étendue des lésions anatomiques.

Le fait capital à considérer ici, c'est que la lésion est *localisée*. Contrairement à ce qui se passe dans la blennorrhagie, qui produit des rétrécissements multiples, ici la partie rétrécie est unique, en un point limité qu'il est facile de reconnaître et de préciser d'avance. On peut donc concevoir la possibilité de supprimer cette portion toujours plus ou moins restreinte de l'urètre, au moyen d'une résection de ce conduit dans une étendue déterminée.

L'idée n'est pas nouvelle et cette opération a été pratiquée, il y a longtemps déjà, par Sédillot, Voillemier, Bourguet d'Aix, etc. Ces chirurgieus ont eu à enregistrer, il est vrai, une forte proportion de décès; mais ceux-ci étaient dus à la pyohémie, cette terrible complication des plaies, que l'antisepsie nous permet de ne plus redouter aujourd'hui. Beaucoup de ces malades sont morts à une époque relativement éloignée de l'opération, au 10e, 12e, 20e jour, alors que leur plaie était en bonne voie de cicatrisation; enfin, plusieurs ont guéri, et — ceci est un fait capital — Bourguet a suivi un de ses opérés, dont le canal était resté largement perméable, six ans après la résection.

De nos jours, plusieurs chirurgiens, Valette, Mollière, Poncet, etc., l'ont pratiquée avec succès, et, dernièrement, M. Horteloup présentait à l'Académie un malade, jadis porteur d'un rétrécissement traumatique, à qui il avait enlevé toute une virole cicatricielle. La guérison s'était faite rapidement; trente jours après, ou passait par le canal une bougie de Béniqué n° 50 et, trois ans après, une large perméabilité s'était maintenue. Cette constatation ultérieure est ici des plus importantes, c'est le nœud de la question et le meilleur procédé opératoire est assurément celui qui donne une guérison durable.

Aujourd'hui, les opérés sont assez nombreux et les procédés opératoires assez variés pour qu'on puisse établir trois catégories de faits. La première comprend les cas dans lesquels on n'a tenté aucune réunion immédiate des tissus après la résection. Une portion de l'urètre a été enlevée, puis on a comblé la plaie de pièces de pansements, de la profondeur vers la superficie, pour obtenir une cicatrisation par bourgeonnement. Dans un second groupe de faits on a réuni les parties molles depuis l'urètre *exclusivement*, jusqu'à la peau; c'est-à-dire qu'on laisse les deux bouts du canal écartés l'un de l'autre de toute l'étendue de la portion réséquée et que la réparation s'est faite grâce à la cicatrisation des tissus périnéaux; là encore le canal s'est reconstitué par bourgeonnement; mais il n'y a pas de muqueuse dans cette partie restaurée.

Enfin, dans ces derniers temps, plusieurs chirurgiens ont tenté de rapprocher les deux extrémités de l'urètre réséqué, d'en faire la suture bout à bout; dans ces cas non seulement il y a réparation de toute l'étendue de l'urètre, mais réparation sans solution de continuité de la muqueuse. Ce résultat paraît être l'idéal qu'on doit rechercher, théoriquement tout au moins. Je l'ai tenté et je dois vous dire qu'une telle opération est pratiquement possible sur le cadavre; mais elle est d'une exécution délicate et il est vraiment difficile de faire une suture sur la solidité de laquelle on puisse compter. Les parois de l'urètre sont très minces; ce tissu est peu résistant et si vous considérez que l'écartement des deux extrémités est relativement considérable, vous comprendrez pourquoi leur rapprochement laisse souvent à désirer. Dans les observations qui ont été publiées, soit dans la thèse de Parisot soutenue devant la Faculté de Lyon et comprenant surtout des opérations faites par Mollière, soit dans une communication de M. Poncet au Congrès de chirurgie, on voit que la suture a réussi seulement dans un peu plus de la moitié des cas. Il ne faut pas trop compter sur ce temps opératoire, car la suture manque souvent. D'ailleurs au point de vue le plus important, celui du maintien de la guérison, il importerait de savoir si ces malades ont obtenu un résultat plus durable que ceux chez lesquels on a tenté la réunion des parties molles à l'exclusion des parois de l'urètre.

C'est cette dernière manière d'agir qui me paraît devoir être préférée en principe. Il est maintenant bien établi qu'on peut supprimer toute la partie de l'urètre qui porte un épais tissu cicatriciel, en se bornant à réséquer la partie inférieure si la supérieure paraît saine, en enlevant au contraire toute la virole cicatricielle si les tissus indurés entourent tout l'urètre. Cela fait, vous ponvez ne plus vous occuper de l'urètre et laisser les deux bouts antérieurs et postérieurs écartés l'un de l'autre. Une pièce intermédiaire va se constituer par bourgeonnement. Pour obtenir une cicatrisation régulière vous procéderez à une autoplastie en rapprochant les parties cruentées au moyen de plans de suture successifs et superposés. La réunion se fera par première intention et en agissant ainsi vous aurez des chances d'avoir un canal régulier à parois relativement souples. On pourrait craindre de voir l'urine s'épancher dans le périnée ou tout au moins amener une désunion de la plaie. Une soude à demeure, que je place d'habitude pendant deux ou trois jours, permet d'éviter ce danger, de plus j'ai pris soin jusqu'à présent, de ne pas faire porter mes sutures sur toute l'étendue de la plaie, mais de laisser en avant une partie non réunie par laquelle les quelques gouttes d'urine qui s'insinueraient dans le canal, auraient toute liberté pour s'écouler librement par le périnée; cette précaution a toujours été superflue.

C'est ainsi que vous allez me voir opérer le malade dont je viens de vous parler. Chez lui, comme il est très probable que

la paroi supérieure est restée saine, je pourrai ne pas la réséquer; aussi vais-je commencer, avant toute incision périnéale, par pratiquer l'urétrotomie interne qui augmentera encore la circonférence du canal, puis arrivant couche par couche sur le tissu fibreux, le disséquer et l'énucléer; une sonde restant à demeure, je placerai une série de sutures des parties profondes vers la superficie, par étages et plans successifs, en mettant ainsi l'urètre, je l'espère du moins, dans les meilleures conditions pour que sa reconstitution se fasse et lui conserve autant que possible sa souplesse et sa solidité.

PATHOLOGIE MÉDICALE

LA FIÈVRE DANS LA PNEUMONIE

Par le Dr CH. FIESSINGER (d'Oyonnax).

I

Dans notre mémoire sur la pneumonie (1) paru il y a quelques mois, nous avons été conduit, par l'examen des faits, à admettre que la fièvre est utile quand l'infection est forte. C'est un point sur lequel nous demandons à revenir.

Pratiquant à la campagne, il nous est impossible d'étudier la question ailleurs que sur le terrain clinique.

Notre éminent maître, M. A. Robin, a résolu le problème par son côté chimique. Il a établi que la fièvre favorise l'élimination de principes toxiques accumulés dans l'organisme du fait de l'infection.

Les recherches des bactériologistes tendent à aboutir à des conclusions formulées dans le même sens. L'un deux et à juste titre, des plus autorisés, nous parlait dernièrement d'une revue générale qu'il avait l'intention de publier sur la fièvre salutaire.

Les études sur un tel sujet sont d'ordre complexe et commandent une prudence dont ne se départissent pas leurs auteurs.

Il ne s'agit, en effet, de rien moins que d'ébranler sur ses assises le dogme universellement adopté de l'hyperthermie, ce grand danger dont il faut, nous a-t-on enseigné, absolument préserver les malades.

Les maladies infectieuses ne se prêtent pas également à l'étude de la fièvre considérée au point de vue pronostique.

La fièvre typhoïde, la scarlatine, la variole, la rougeole, etc., sont des affections d'une longueur désespérante ou sujettes à des complications multiples. Tout ce que l'on sait sur elles, c'est qu'une température élevée n'est pas forcément synonyme de pronostic grave.

D'autres maladies, les oreillons, la varicelle bénéficient d'un pronostic trop communément favorable pour que l'on puisse dégager l'influence qu'exerce sur leur marche une température plus ou moins haute.

La pneumonie, elle, est une maladie grave, à cycle court, perdue rarement dans un cadre de complications qui couvrent son propre tableau.

Pour l'étude de la valeur pronostique de la température, c'est une véritable maladie de recherches, quelque chose comme une maladie pyocyanique transportée du domaine expérimental sur le terrain clinique.

II

Pourquoi une pneumonie est-elle grave (2)? Pourquoi reste-t-elle bénigne? C'est ce qu'il s'agit d'établir en premier lieu. Une pneumonie est grave pour deux raisons : 1° parce que l'organisme est peu résistant; 2° parce que le pneumocoque est très virulent. Peut-être faut-il encore tenir compte du nombre de germes infectieux absorbés: si c'est là un élément d'importance majeure dans une expérience de laboratoire, on comprend toutefois que dans une infection réalisée spontanément, comme l'est la pneumonie, on ne puisse évaluer la part d'action qui revient à ce dernier facteur dans la gravité de la maladie.

Les alcooliques, les anémiques, les artério-scléreux, les vieillards, les débiles de toute sorte, ont des pneumonies graves par défaut de résistance. L'absence d'une constitution médicale infectieuse, le manque de pneumonies sévissant à l'état épidémique, permettront de rattacher la gravité de la pneumonie à la résistance insuffisante que lui oppose le malade.

Au contraire, en temps d'épidémie pneumonique, au centre d'une constitution médicale dont la grippe occcupe une grande place, place qu'elle tient autant du nombre que de la gravité de ses atteintes, dans ce milieu l'on retrouve des jeunes gens, sans tare antérieure, accablés dès le début sous le coup de l'infection pneumonique. La virulence du pneumocoque est telle que dès la première heure, elle paralyse tous les efforts de l'organisme coalisés pour la combattre.

Souvent les conditions d'affaiblissement du malade et de virulence du pneumocoque sont associées et à plaindre sont les malheureux qui se trouvent aux prises avec cette alliance.

Suivant le facteur qui provoque la gravité, les signes cliniques sont différents.

Tantôt les symptômes pulmonaires sont très nets dès le premier jour. La température, d'abord élevée, baisse les jours suivants. Le pouls faiblit et devient de plus en plus rapide. Ce syndrome clinique appartient aux pneumonies devenues graves de par l'affaiblissement de l'organisme.

Tantôt, au contraire, la température est relativement peu élevée dès le début. Les symptômes pulmonaires sont tardifs et peu étendus. Le pouls est fréquent dès le premier jour. La gravité de la pneumonie est commandée par la virlueuce du pneumocoque.

Fréquemment, en raison de l'association des causes d'affaiblissement et de virulence, on a devant les yeux un tableau morbide moins net. Entre les types précédents prennent place des intermédiaires. Le pouls fréquent dès le premier jour s'accompagne d'une température élevée. La lésion locale peut être prononcée. L'état général est plus ou moins mauvais.

Mais quelles que soient les différences, il est un lien commun qui relie tous ces types morbides :

La haute gravité de la pneumonie quand le pouls est fréquent et la température basse.

Sur 12 décès par pneumonie relatés dans notre mémoire (1) (nous devons en écarter un provoqué par une complication de la convalescence), nous trouvons 10 décès, où toutes proportions d'âge étant conservées, et la médication restant la même, la mort s'est produite entre le cinquième et le onzième jour, accompagnée d'une température plus ou moins basse. Avec une température de 38° 1/2 à 39, le malade succombe du cinquième au sixième jour; avec une température de 39°1/2 à 40, il résiste davantage. Dans des conditions analogues, une femme de 54 ans a lutté jusqu'au onzième jour.

Nous ne parlons là que de la température moyenne du cours

(1) La pneumonie à Oyonnax (années 1888, 1889 et 1890).

(2) Pneumonie exempte de complications, s'entend.

(1) Médication par la digitale, de faibles doses de quinine, les alcooliques. l'ergot, la caféine.

de la maladie, celle du dernier jour pouvant atteindre à l'heure de la mort, un degré plus élevé, par suite d'une réaction ultime et impuissante de l'organisme.

Nous ne citons également que les décès de malades dont nous avons publié les observations, nos notes personnelles (1), les observations communiquées par nos confrères, celles fournies par notre cher ami, le Dr Julliard (de Châtillon-de-Michaille) confirmant ces données.

Tous ces malades avaient un pouls faible, fréquent, dépassant 120 pulsations, quelquefois irrégulier et instable.

En citant nos dix morts par pneumonie, nous n'avons pas mentionné la onzième qui fait exception à la règle : un homme de 65 ans a succombé avec une température élevée de 40°. Mais c'est un artério-scléreux et son myocarde était malade.

Des faits que nous venons d'exposer, nous tirions les conclusions suivantes :

1° Une pneumonie est grave quand, avec un pouls très fréquent, instable, irrégulier, évolue une température relativement basse (38 1/2 à 39 1/2, suivant les âges).

2° Une pneumonie est grave, quand, avec une température même élevée, coexiste un myocarde malade.

III

Connaître pourquoi une pneumonie est grave, nous renseigne immédiatement sur les conditions où elle ne l'est pas.

Il n'y a qu'à renverser la première formule que nous venons d'exposer.

1° Une pneumonie est bénigne dirous-nous alors quand un pouls lent accompagne une température même élevée.

Cette proposition, toutefois, n'est pas assez complète. Point n'est besoin d'une température élevée pour faire une pneumonie bénigne. Il suffit d'un pouls lent à la garantie duquel une température peu haute évoluera sans danger.

On voit l'importance extrême que nous accordons à l'influence pronostique du pouls.

Il va sans dire que nous écartons dans l'appréciation de ce symptôme tous les états névropathiques ou autres capables de modifier sa régularité ou sa fréquence. De même, chez l'enfant, si la lenteur du pouls est d'un bon augure dans la pneumonie, sa fréquence n'est nullement synonyme de gravité. Chacun sait cela.

Mais chez l'adulte, l'état du pouls est d'une signification de premier ordre, et si l'on doit s'étonner d'un fait c'est que son examen soit si communément négligé de nos jours.

Les vieux cliniciens n'avaient pas commis cette faute.

« L'état du pouls, disent Béhier et Hardy (2), est très important à consulter dans la pneumonie.

« Chez les individus forts et vigoureux, les adultes, particulièrement, le pouls est plein, fort, vibrant, il résiste assez fortement sous les doigts qui le pressent, il est fréquent, mais régulier ; ces caractères sont tellement tranchés qu'on dit d'un tel pouls qu'il est pneumonique. »

Grisolle et Griesinger (3) avaient remarqué que parmi les pneumoniques adultes qui ont plus de 120 pulsations par minute, il en meurt un tiers ; parmi ceux qui ont de 130 à 140, il en meurt la moitié.

Lorain avait constaté que parfois le pouls marquait seul le progrès ascendant de la maladie.

Tout cela est vrai ; néanmoins, comme nous l'avons vu plus haut, le pouls ne comporte pas par lui-même toute sa signification ; il faut lui adjoindre le tracé thermique, sans lequel il nous dérobe une partie de son sens.

Bien plus, l'association du pouls et du tracé thermique ne nous donne pas encore la clef du pronostic. Un troisième élément d'appréciation doit être ajouté aux deux autres, et cet élément est fourni par l'état du myocarde.

Puisque nous nous occupons de la pneumonie bénigne, rappelons-nous ce qui se passe chez les enfants.

De 2 à 15 ans, la pneumonie, dit Cadet de Gassicourt (1), guérit toujours. Ce n'est pas que la fièvre ne soit pas très élevée et le pouls très fréquent, mais ce ne sont pas là symptômes alarmants et, de plus, le myocarde est sain. L'âge peu avancé du sujet reste donc une première condition de bénignité.

A l'âge adulte et chez le vieillard, le pouls lent, avons-nous vu, est le meilleur signe de bénignité, qu'il s'accompagne ou non d'une température haute.

Quand le pouls est fréquent, la maladie est plus grave. Néanmoins, et en exceptant des cas où le myocarde est lésé, la guérison semble la règle si longtemps que la température reste élevée (2).

Quant à la température elle-même, l'examen impartial des malades oblige de reconnaître qu'elle ne simule pas un épouvantail si redoutable.

Quelles sont les pneumonies exposées à l'hyperthermie? Ce sont celles des enfants, celles des adultes les plus forts, les mieux musclés, les plus exempts de tare antérieure. La température monte à 40°, 41°, 41° 1/2.

Et ces hyperthermies entraînent-elles la mort? Nullement.

C'est au moins là un résultat singulier. Si l'hyperthermie est dangereuse, c'est aux âges où elle se manifeste avec le plus d'intensité qu'elle doit faire sentir ses effets les plus désastreux.

Or, c'est le contraire qui se produit.

La pneumonie tue surtout les vieillards, ceux chez lesquels l'hyperthermie fait défaut.

A la première proposition que nous avons formulée plus haut, à savoir :

1° Une pneumonie sera bénigne quand un pouls lent accompagne une température basse ou élevée

Nous adjoindrons la seconde proposition suivante :

2° Une pneumonie sera bénigne même dans les cas de température élevée, de pouls fréquent. Elle sera moins bénigne que la pneumonie à pouls lent, mais pourra guérir néanmoins à tous les âges, à condition que le myocarde soit sain.

(*A suivre.*)

CHIRURGIE PRATIQUE

ÉTUDE ET CRITIQUE EXPÉRIMENTALES DE LA TRACTION PAR LES POIDS DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU CORPS DU FÉMUR PAR L'EXTENSION DANS LA RECTITUDE.

Par le Dr Paul Thiéry,
Prosecteur de la Faculté.

(*Suite*) (3)

Enfin, coupons la peau et nous sommes alors prêts à étudier

(1) Une épidémie de pneumonie que nous traversons en ce moment entraîne des décès dans les mêmes conditions.

(2) Patholog. int., t. II, 1850, p. 607.

(3) Lépine, art. Pneumonie. *Dic. Jaccoud*, p. 409.

(1) *Maladies de l'enfance*, 2e édition, t. 1er, p. 122.

(2) Nous en avons cité plusieurs exemples dans notre mémoire sur la pneumonie.

(3) Voir les nos 24, 25, 26, 28, 30 et 32.

(expériences XXIV et suivantes) la force nécessitée on employée à faire équilibre au poids du segment du membre et à son frottement sur les draps. Nous résumons en tableau avant de poursuivre cette étude, les six expériences qui précèdent.

Force de traction la fracture étant réduite.	Le membre repose sur un hamac.	Le membre repose sur la table horizontale.	Le membre repose sur des draps. Table non horizontale.	Le membre est suspendu. Table horizontale.	Procédé du diachylon. Membre sur les draps, coufixé en contre-extension.	Le membre repose sur des draps. Traction sur l'aponévrose plantaire; tous les muscles sont coupés : il reste le manchon cutané aponévrotique coufixé en contre-extension.
—	—	—	—	—	—	—
3 kil. 5	....	....	....	....	0 m/m	1/4 m/m
4 kil. 5	1/2 m/m	....	....	....	0 m/m	1/4 m/m
5 kil. 5	1/2 m/m	0 m/m	....	....	0 m/m	1/4 m/m
6 kil. 5	....	0 m/m	....	....	1/4 m/m	1 m/m
7 kil. 5	1 m/m	....	0 m/m	1 m/m 5	1/4 m/m	2 m/m
8 kil. 5	1 m/m	....	0 m/m	2 m/m	1/2 m/m	3 m/m 1/2
9 kil. 5	1 m/m	1 m/m	....	....	3/4 m/m	4 m/m 1/2
10 kil. 5	1 m/m	....	....	....	1 m/m	5 m/m
11 kil. 5	....	1 m/m	0 m/m	3 m/m 5	1 m/m 1/2	6 m/m
12 kil. 5	1 m/m 1/2	....	....	....	1 m/m 1/2	6 m/m 1/4
13 kil. 5	....	....	....	....	2 m/m 1/4	7 m/m 1/2
14 kil. 5	....	....	....	....	2 m/m 1/2	8 m/m 1/2
15 kil. 5	....	....	....	....	2 m/m 1/2	10 m/m
16 kil. 5	....	....	....	....	3 m/m	11 m/m
17 kil. 5	3 m/m	....	3 m/m	6 m/m	3 m/m 1/2	13 m/m
18 kil. 5	3 m/m	....	....	....	4 m/m	14 m/m
19 kil. 5	....	....	....	....	4 m/m	15 m/m
20 kil. 5	....	3 m/m	....	....	4 m/m 1/4	15 m/m
21 kil. 5	3 m/m 1/2	....	....	....	5 m/m	15 m/m
22 kil. 5	4 m/m	....	4 m/m	9 m/m 5	5 m/m 1/4	16 m/m
23 kil. 5	....	....	....	....	6 m/m	17 m/m
24 kil. 5	....	6 m/m	....	....	6 m/m	17 m/m 1/2
25 kil. 5	....	....	....	....	6 m/m	18 m/m 1/2
26 kil. 5	5 m/m	....	5 m/m 5	12 m/m	6 m/m	19 m/m
27 kil. 5	....	....	....	....	6 m/m	19 m/m 1/2

Dans cette deuxième partie de notre travail nous avons donc fixé avec une approximation suffisante, des chiffres variables sans doute dans de légères limites qui indiquent bien les puissantes tractions qu'il faudrait faire intervenir dans le traitement des fractures de cuisse.

En admettant avec tous les auteurs que la continuité de la traction lui donne une efficacité spéciale, cette continuité fait surtout équilibre à la contractilité musculaire qui n'existe pas dans nos expériences, et comme nous l'établissons ailleurs par notre expérience XXXVII on ne peut attendre de l'extension continue sur le muscle inerte du cadavre les résultats qu'on obtient sur le vivant : mais du fait même de la contraction musculaire, le chevauchement atteint souvent d'emblée une étendue qui dépasse de beaucoup le raccourcissement uniforme de 22 millim. que nous avons adopté dans nos expériences. Quoi qu'il en soit et en partant de cette donnée que des poids de 15 à 20 kilogr. représentent le minimum nécessaire en traction directe pour faire échec à ces chevauchements, il nous reste à étudier les moyens de produire expérimentalement cette traction, à étudier surtout le rapport qui existe entre la valeur nominale des poids suspendus à la corde de traction et la traction réelle transmise au foyer de fracture, et à déterminer les causes qui s'opposent ou favorisent la transmission intégrale à ce foyer de la traction produite à l'extrémité de l'appareil d'extension.

TROISIÈME PARTIE

Etude des résistances et de la traction stérile

1° DÉPERDITION DE LA FORCE EFFECTIVE PAR RÉFLEXION DE LA CORDE SUR LA POULIE. DES LOIS QUI LA RÉGISSENT.

Depuis longtemps notre attention a été attirée sur les conditions défavorables de transmission de la traction par la corde au moment où celle-ci se réfléchit sur la poulie et en dépit de toute considération théorique, nous avons voulu étudier expérimentalement ce point spécial.

A priori voici quelle était notre hypothèse : au moment où la corde se réfléchit sur la poulie, elle se moule plus ou moins sur la gorge de celle-ci, et y prend un point d'appui : de plus la poulie se fixe plus ou moins sur son axe et cela d'autant plus qu'elle est sollicitée par une plus forte traction ; enfin le frottement inévitable de la corde sur la poulie et qui peut dépendre en grande partie de la nature et du volume de la corde, doit aussi (théoriquement) intervenir, le glissement de la corde bien plus que la rotation de la poulie intervenant pour produire la mobilisation par des poids graduellement croissants.

Il fallait vérifier le fait expérimentalement : voici le dispositif que nous avons adopté.

EXPÉRIENCE XIII. — Un clou est fixé fortement sur une table d'amphithéâtre : à ce clou est attachée une ficelle de 16 cent., à la partie moyenne de laquelle on interpose un dynamomètre à traction : la ficelle ou cordelette se réfléchit sur une poulie (modèle Aubry) dont l'axe est situé à 3 cent. environ du plan de la table et on y suspend un plateau destiné à recevoir des poids ou les poids eux-mêmes.

Nous noterons, pour n'avoir pas à y revenir, que la poulie étant à 3 c/m du plan de la table, la cordelette pour y parvenir doit avoir une direction légèrement ascendante.

On peut placer on non un deuxième dynamomètre entre le plateau et la poulie, s'il est réglé avec le premier il servira de témoin. Or voici les chiffres obtenus :

La traction
étant faite par 10 k. le dynamom. marq. 7 k. 500 perte 2 k. 500
— 15 k. — 12 k. — 3 k.
— 20 k. — 15 k. 500 — 4 k. 500
— 25 k. — 20 k. — 5 k.

Pour les tractions supérieures à 25 kilogr. elles ont été effectuées non par des poids, mais par la main le dynamomètre témoin nous indiquant la traction réelle au-dessous de la poulie.

Traction à 40 k. indiquée par le dyn. témoin : l'autre dynamomètre marque 35 k. perte 5 k.
— 50 k. (1) — 38 k. — 12 k.

D'où il résulte très nettement :

1° Qu'il y a perte par réflexion de la corde sur la poulie.

2° Que cette perte est considérable ;

3° Qu'elle semble être en raison directe de la force de traction. se limiter à 3 kilogr. au-dessous de 15 kilogr ; et être de 5 kilogr. (2) environ au-dessus de ce chiffre.

Toutes circonstances que nous avions prévues *a priori*.

EXPÉRIENCE XIV. — Désireux de nous renseigner très exactement sur l'importance de cette perte de traction par réflexion de la corde sur la poulie, nous avons répété la même expérience avec

(1) Quelques détails d'expérience ne nous permettent pas d'être très affirmatifs pour cette dernière constatation.

(2) Nous avons déjà dit que la précision extrême est fort difficile à réaliser : ne fût elle même ici que de 4 kilogr. la perte n'en serait pas moins considérable.

un dynamomètre qui, plus sensible, permit d'évaluer cette perte même pour les faibles tractions qui sont plus généralement employées. Voici nos résultats (1) :

La traction étant de	le dynamom. marq.	perte
3 k. 500 (2),	1 k. 500;	2 k.
— 4 k. 500	— 2 k.	— 2 k. 500
— 5 k. 500	— 3 k.	— 2 k. 500
— 6 k. 500	— 4 k.	— 2 k. 500
— 7 k. 500	— 5 k.	— 2 k. 500
— 8 k. 500	— 5 k. 500	— 3 k.
— 9 k. 500	— 6 k. 500	— 3 k.
— 10 k. 500	— 7 k. 500	— 3 k.
— 11 k. 500	— 8 k.	— 3 k. 500
— 12 k. 500	— 9 k.	— 3 k. 500
— 13 k. 500	— 10 k.	— 3 k. 500
— 14 k. 500	— 10 k. 500	— 4 k.
— 15 k. 500	— 11 k.	— 4 k.
— 16 k. 500	— 12 k. 500	— 4 k.
— 17 k. 500	— 13 k. 500	— 4 k.
— 18 k. 500	— 14 k.	— 4 k. 500
— 19 k. 500	— 15 k.	— 4 k. 500
— 20 k. 500	— 15 k. 500	— 5 k.
— 21 k. 500	— 16 k.	— 5 k.
— 22 k. 500	— 17 k.	— 5 k.
— 23 k. 500	— 18 k.	— 5 k.
— 24 k. 500	— 19 k.	— 5 k.
— 25 k. 500	— 20 k.	— 5 k.
— 26 k. 500	— 20 k.	— 5 k. 500
— 27 k. 500	— 21 k. 500	— 6 k.
— 28 k. 500	— 22 k.	— 6 k. 500
— 29 k. 500	— 23 k.	— 6 k. 500

On ne doit d'ailleurs pas s'étonner outre mesure de cette constatation de l'augmentation de la perte avec la progression du poids; si cette perte provient de l'immobilisation de la poulie, de sa fixation par le poids suspendu, il doit en être ainsi; la poulie fixée ne joue plus sur son axe, c'est alors la corde qui glisse plus ou moins facilement sur la gorge de la poulie pour obéir à l'élongation que commandent les poids.

La constatation de la fixation de la poulie nous a encore conduit *a priori* à cette déduction intéressante et que vérifie l'expérience : la *perte doit diminuer au fur et à mesure que le contact entre la corde et la poulie diminue; en d'autres termes, elle est au maximum lorsque l'angle formé par la portion directe et la portion réfléchie de la corde est très aigu; elle diminue au fur et à mesure que l'angle se rapproche de l'angle droit; elle est faible si l'angle est obtus et elle tombe évidemment à 0 au moment où l'angle est nul.*

Expérimentalement, il n'est pas besoin de démontrer que lorsque l'angle est nul, c'est-à-dire que la corde est suspendue en totalité perpendiculairement au sol, toute la traction des poids se transmet au dynamomètre interposé; c'est ainsi que l'on vérifie la sensibilité et l'exactitude de l'instrument.

Expérience XV. — Pour déterminer la perte subie lorsque l'angle aigu est au maximum, nous fixons au sol, par un clou, la cordelette au milieu de laquelle est interposé le dynamomètre; la poulie est fixée perpendiculairement au-dessus; la cordelette se réfléchit sur elle et les poids sont suspendus à la partie réfléchie de la cordelette :

Dans ces conditions,

la traction par 15 k.	donne 9 k.	au dynamo;	perte : 6 k.
— 20 k.	— 13 k.	—	7 k.
— 25 k.	— 17 k. 500	—	7 k. 500

La progression de la perte est donc encore en raison directe du poids tracteur. La perte devant diminuer à mesure que l'angle d'incidence et de réflexion de la corde s'écarte de l'angle aigu, nous avons continué l'expérimentation dans ce sens.

Expérience XVI. — La poulie étant écartée de la muraille d'une distance de 2 mètres, j'attache une longue cordelette au mur; elle se réfléchit sur la poulie étant légèrement descendante, puisqu'à la partie moyenne elle est à 7 centimètres du plan de la table qui supporte la poulie et qu'elle passe sur la poulie à 3 centimètres de ce plan.

A ce moment, la traction à 20 kilogr. donne au dynamomètre, interposé à la poulie et au point d'attache de la cordelette, 15 kilgr. et une légère fraction.

Si j'élève à ce moment la tête du lit ou de la table, tout étant disposé comme ci-dessus, les rapports du plan de la table et de la cordelette changent et se rapprochent, mais en réalité l'angle d'incidence de la corde et l'angle de réflexion ne changent pas, le point d'attache de la corde restant le même d'une part, et la direction de la portion réfléchie étant toujours perpendiculaire au sol comme le fil à plomb. La perte ne doit donc pas varier et c'est ce qu'on observe. Mais il n'en est pas de même si j'élève les pieds du lit : la partie réfléchie de la corde conserve sa position, mais le point de réflexion s'élève et se rapproche du niveau du plan d'attache. L'angle diminue alors et la perte augmente. Il faut encore, dans ces conditions, tenir compte de la traction stérile employée « à faire gravir » à la partie mobile du membre la pente du lit.

Bien au contraire si, la table étant ainsi fixée, je déplace le point d'attache à la muraille de telle sorte que la cordelette ne soit point séparée de la table par une distance de 7 centimètres mais de 13 centimètres, l'angle devient obtus, la perte moindre, puisque la traction des 20 kilogr. donne 17 kilogr. au dynamomètre.

Nous pouvons établir le petit tableau suivant :

Cordelette plantaire ascendante (angle aigu), traction à 20 kil., donne au dynamo	15 kil.	perte : 5 kil.
Cordelette plantaire presque horizontale (angle droit), traction à 20 kil., donne au dynamo	15 à 16 kil.;	perte : 4 kil.
Cordelette plantaire descendante (angle obtus), traction à 20 kil., donne au dynamo	17 kil.	perte : 3 kil.

Ces constatations ont quelque importance, car, dans l'application de la traction sur le malade, il est bien exceptionnel que l'angle soit obtus; tout au plus est-il droit, le plus souvent aigu; en un mot, *on a le tort de fixer la poulie trop haut.*

Elles nous enseignent encore que si elle est favorable à la production de la contre-extension par le poids inerte du tronc, l'élévation des pieds du lit favorise, d'autre part, l'augmentation de la perte par réflexion de la corde sur la poulie, car, dans ce cas et bien que la corde plantaire reste parallèle au plan du lit, la corde réfléchie ne s'en rapproche pas moins pour tendre à fermer l'angle de réflexion (1). Il y a encore, de plus,

(1) Nous savons que ces expériences sont en contradiction formelle avec les données théoriques qui régissent la transmission des forces par les poulies. Comme la poulie idéale n'existe pas, nous avons laissé complètement de côté la théorie que nous ne saurions même exposer, pour ne nous occuper que des résultats fournis par l'expérience et en employant les matériaux dont on dispose communément dans les services de chirurgie.

(2) Nous regrettons d'employer ces chiffres, mais ils ont été nécessités par l'addition aux poids tracteurs du poids du plateau qui les recevait (2 kil. 600 gr.)

(1) En pratique, cette perte est peu considérable lorsque le dynamomètre est interposé, non plus à une corde représentant le membre, mais au foyer de fracture lui-même, comme le démontre cette modification de l'expérience XXXIV. Nous plaçons le membre dans un hamac. La trac-

perte stérile nécessitée par la traction du membre sur un plan non plus horizontal, mais ascendant.

Enfin l'élévation du membre telle qu'elle se produit dans les appareils hyponarthéciques, paraît devoir être plutôt favorable à la transmission du maximum pratiquement possible de traction ; il en est de même de l'adoption du coussin que le professeur Le Fort conseille de placer sous la racine du membre malade.

Nous avons, plus haut, incriminé aussi la construction de la poulie qui s'éloigne fort du type idéal que décrivent les traités théoriques de mécanique.

Une simple expérience prouvera que notre reproche est fondé.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

SYPHILIS ET TABES. — SYPHILIS ET PARALYSIE GÉNÉRALE

I. — SUR L'ÉTIOLOGIE DU TABES, par le prof. ERB. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1891. N° 29, p. 713 et n° 30, p. 751.)

II. — SYPHILIS CÉRÉBRALE ET DÉMENCE PARALYTIQUE, RECHERCHES CLINIQUES ET STATISTIQUE, par le prof. O. BINSWANGER. Hambourg, 1891. (Analysé in *Neurologisches Centralblatt*. 1891. N° 13, p. 399.)

I. — On n'est pas encore d'accord sur le rôle que joue exactement la syphilis dans l'étiologie du tabes, mais force est de reconnaître que le nombre va en augmentant, de ceux qui admettent la réalité de ce rôle. On se base en cela sur l'extrême fréquence des antécédents syphilitiques chez les sujets affectés du tabes dorsalis. Nous avons déjà analysé à cette place un certain nombre de documents qui établissent cette fréquence. En voici un, de première qualité, pourrait-on dire, publié par le professeur Erb, et qui concerne l'étiologie du tabes en général. Erb, qui, d'abord, était peu favorable à la doctrine de l'origine syphilitique du tabes dorsalis, est revenu sur cette opinion, lors d'un premier travail statistique qu'il a publié en 1883.

La nouvelle statistique de l'auteur porte sur 379 cas qui se décomposent ainsi :

300 cas concernant des malades du sexe masculin qui appartenaient aux classes relativement cultivées, et qui s'étaient présentés à la consultation privée de l'auteur ;

50 cas tirés de la pratique nosocomiale et qui concernent également des sujets du sexe masculin ;

19 cas de tabes chez des femmes.

Voici les renseignements recueillis sur les antécédents syphilitiques chez les 300 malades de la première catégorie :

Cas sans infection syphilitique	33 = 11	0/0
Cas avec — — antécédente	267 = 89	0/0
à savoir :		
Avec manifestations secondaires bien avérées	190 = 63,3	0/0
Avec chancre seulement	77 = 25,7	0/0

tion à 25 kilogr. nous donne 15 kilogr. au foyer de fracture. La table étant horizontale, vient-on à élever les pieds de la table, l'aiguille du dynamomètre placé au niveau de la fracture, étant ramenée à 0, revient sensiblement au chiffre qu'elle indiquait précédemment, le poids du membre influant bien plus sur la perte que les différents angles de réflexion de la corde.

Sur le vivant, l'amélioration de la contre-extension, quoique encore très imparfaite, qui résulte de cette élévation des pieds du lit, compense et au-delà la fermeture de l'angle d'incidence et de réflexion de la corde sur la poulie. Cependant le coussin sous crural de Le Fort n'en constitue pas moins une bonne précaution qu'il faut observer.

Erb fait remarquer que sur les 33 malades qui figurent comme n'ayant pas subi d'infection syphilitique antécédente, il s'en trouvait 24 qui avaient eu une ou plusieurs blennorrhagies. Ces malades s'étaient donc exposés à l'infection, et plus d'un a pu contracter une syphilis restée latente. C'est du moins l'avis d'Erb qui connaît une série de cas où, à la suite d'une blennorrhagie, avec ou sans bubon, des manifestations secondaires de la syphilis sont apparues dans la suite. Il ne resterait donc que 9 cas (sur 300) dont on pourrait dire qu'il n'y avait aucune raison de soupçonner une syphilis antécédante.

Les 50 cas de la seconde catégorie se répartissent ainsi :

Cas sans infection syphilitique antécédente avérée.	12 = 24	0/0
avec — — — —	38 = 76	0/0
dont 26 = 52 0/0 avec syphilis certaine		
12 = 24 0/0 — simple chancre.		

Ici encore un certain nombre des cas qui figurent sous la première rubrique (sans infection syphilitique antécédente) sont suspects en ce sens qu'ils concernent des malades ayant eu des blennorrhagies, présentant des cicatrices sur le gland, etc., etc..

Enfin les 19 cas de tabes de la troisième catégorie concernaient dix femmes appartenant à des conditions aisées (femmes de fabricants, de pasteurs, de pharmacien, une baronne, une marquise, etc.), et neuf femmes appartenant à la classe ouvrière. Eu égard aux antécédents syphilitiques, ces cas se répartissent ainsi :

Infection syphilitique avérée........	9 cas = 47,4	0/0
— — vraisemblable..	8 — = 42,1	0/0
Pas d'infection syphilitique appréciable.	1 — = 10,5	0/0

Ces résultats concordent avec ceux des deux premières enquêtes instituées par Erb et qui portaient chacune sur 100 cas de tabes. En réunissant ces 200 cas aux 300 de la première catégorie mentionnée ci-dessus, Erb arrive donc à cette conclusion : que des antécédents syphilitiques ont été notés dans 89,2 0/0 des cas et qu'ils ont fait défaut seulement dans 10,8 0/0 des cas.

Une enquête complémentaire a consisté à rechercher la fréquence des antécédents syphilitiques chez des malades autres que ceux atteints du tabes dorsalis. Cette enquête a porté sur 5,500 malades du sexe masculin, appartenant aux classes aisées ; elle a donné les résultats suivants :

Sujets sans infection syphilitique antécédente	77,5	0/0
— avec — — —	22,5	0/0

La proportion de ces derniers a varié, d'une centaine à l'autre, entre les limites extrêmes de 15 et de 36 0/0. D'autre part cette proportion des cas avec infection syphilitique antécédente se répartit ainsi, eu égard à la nature des manifestations qui autorisaient l'hypothèse d'une syphilis antécédente :

Manifestations secondaires dans	12,1 0/0	des cas
Chancre seulement	— 10,4 0/0	—

Erb fait remarquer en passant que si cette fréquence des antécédents syphilitiques chez les adultes hommes des classes aisées peut paraître effrayante de prime abord, il y a cependant lieu de considérer que l'enquête qui a fourni ces résultats a porté en somme sur des sujets malades. Or, il est très vraisemblable qu'une infection syphilitique antécédente prédispose à toutes sortes de maladies, entre autres à la nervosité, à l'hypochondrie. Une enquête faite sur l'ensemble de la population mâle donnerait probablement des résultats plus satisfaisants, eu égard à la fréquence de la syphilis.

Que si l'on met en parallèle ces deux chiffres : fréquence des antécédents syphilitiques chez les sujets affectés du tabes 89,2 0/0, chez des sujets affectés d'autres maladies, 22,5 0/0,

on arrive à se convaincre, telle est la conclusion d'Erb, « que la syphilis joue nn rôle tout à fait prépondérant dans l'étiologie du tabes, que presque seules les personnes qui ont subi précédemment une infection syphilitique courent le risque de devenir tabétiques ».

La recherche des autres influences étiologiques qui ont pu avoir une part dans le développement du tabes, chez 281 malades qui ont fait l'objet d'une enquête spéciale, a donné les résultats suivants :

Syphilis seule	77 cas	= 27 0/0
Syphilis + refroidissement	32	= 11 0/0
— + marches forcées	17	= 6 0/0
— + excès vénériens	27	= 9,6 0/0
— + traumatisme	5	= 1,7 0/0
— + prédisposition neuropathique	31	= 12 0/0
— + refroidissement + marches forcées	39	= 13,5 0/0
— + — + excès	5	= 1,7 0/0
— + marches forcées + excès	2	= 0,7 0/0
— + 3 au moins des autres causes énoncées ci-dessus	11	= 4 0/0
— + traumatisme + refroissements ou marches forcées	3	= 1 0/0
— prédisposition neuropathique seule	2	= 0,7 0/0
— refroidissement seul	4	= 1,4 0/0
— marches forcées seules	1	= 0,3 0/0
— excès vénériens seuls	3	= 1 0/0
— refroidissement + marches forcées	2	= 0,7 0/0
— traumatisme seul	1	= 0,3 0/0
— plusieurs (3 ou 4) causes, sans la syphilis	4	= 1,4 0/0
— cas sans cause appréciable	15	= 5,4 0/0

Le rôle éventuel de ces influences étiologiques a été étudié avec un soin minutieux. Pour ce qui concerne l'influence de l'hérédité, 2 fois seulement, sur 275 cas, l'existence du tabes a été constatée chez le père et le fils ; dans les deux cas d'ailleurs, l'apparition des premiers symptômes de la maladie nerveuse avait été précédée d'une infection syphilitique. Il en avait été de même chez le père de l'un des deux malades donc l'hérédité directe ne joue aucun rôle dans l'étiologie du tabes dorsalis. Notons encore qu'Erb accorde aux excès vénériens une influence plus considérable qu'on ne le fait généralement.

L'enquête faite sur les professions des malades examinés par Erb a également fonrni de très curieux renseignements ; snr 550 malades il y avait :

207 négociants ou banquiers, 27 fabricants, 50 officiers, 39 employés, architectes ou ingénieurs, 34 fonctionnaires de l'ordre judiciaire, 26 médecins ou dentistes, 24 professeurs, chimistes ou pharmaciens, 24 propriétaires on intendants de biens fonciers, 19 hôteliers ou brasseurs, 13 rentiers, 1 prêtre, 42 manouvriers, 30 paysans ou journaliers, 18 gendarmes ou soldats, on conducteurs de locomotives, ou gardiens de voies ferrées. Erb insiste sur ce que le seul prêtre qui figure dans sa statistique avait eu la syphilis.

Trois autres cas méritent une mention spéciale, en raison de l'âge auquel syphilis et tabes ont été contractés. Un premier malade a contracté la syphilis à 57 ans, et a présenté les premiers symptômes du tabes à 66 ans; un autre, qui a contracté la syphilis à 55 ans, est devenu tabétique à l'âge de 59 ans; enfin un jeune homme, qui a subi l'infection syphilitique à 19 ans 1/2, a présenté les premiers symptômes du tabes à 22 ans.

Erb cite encore trois exemples de conjoints ayant contracté la syphilis et devenus tabétiques dans la suite.

La conclusion finale d'Erb porte que le tabes est, dans le plus grand nombre des cas, une conséquence de la syphilis, que la syphilis est de beaucoup la plus fréquente, la plus importante et la plus efficace des conditions pathogènes du tabes. Mais il reste encore à démontrer si le tabes est une affection spécifique, ou une dégénérescence provoquée par des produits chimiques du virus syphilitique.

II. — Nons laisserons de côté la première partie du mémoire de Binswanger, qui traite des relations cliniques de la syphilis cérébrale et de la paralysie générale, pour nous occuper seulement de la seconde question traitée par l'auteur et relative aux rapports étiologiques de la paralysie générale et de la syphilis. C'est, de l'avis de l'auteur, par voie de statistique, que cette question devra surtout être élucidée. Or les recherches faites par Binswanger sur les paralytiques généraux qu'il a été à même d'observer dans son service de clinique, ont donnés les résultats suivants :

Nombre des cas, 206 (tous concernant des sujets du sexe masculin); antécédents syphilitiques certains, dans 49 0/0 des cas, douteux dans 35 0/0 des cas ; dans 36 0/0 des cas il n'existait aucune raison propre à faire soupçonner une infection syphilitique antécédente.

Chez 320 autres déments on a tronvé comme proportions correspondant à celles qui viennent d'être indiquées : 4 0/0, 8 0/0 et 88 0/0.

En somme il reste acquis que 50 0/0 au moins des paralytiques généraux ont eu la syphilis avant d'être atteints de la paralysie générale; chez la moitié des malades, la démence paralytique a éclaté dans le cours des dix premières années qui ont suivi l'infection syphilitique ; l'échéance la plus lointaine a été de trente-sept années.

Pour ce qui est du rôle exact de la syphilis dans l'étiologie du tabes, Binswanger se rallie à l'opinion de ceux qui considèrent l'infection syphilitique comme prédisposant simplement le système nerveux (peut-être à la faveur d'influences toxiques) à l'éclosion de la paralysie générale.

Les autres questions traitées par l'auteur sont à voir dans le travail original.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

(*Suite*) (1).

II. — Psychologie de l'idiot et de l'imbécile. — *Essai de psychologie morbide*, par M. Paul Sollier. — Félix Alcan, 1890, thèse de doctorat, Paris. (*Suite*.)

L'attention spontanée, naturelle. est peu ou pas développée chez l'idiot. L'anatomie pathologique permet d'ores et déjà de prévoir qu'il en est ainsi en montrant chez eux le peu de développement des lobes frontaux, qui, est d'après Ferrier, proportionnel à l'intelligence.

Quant à la genèse de l'attention, elle est facteur, ainsi que l'on sait, d'états affectifs mettant en jeu le ponvoir moteur. Or, si les sentiments affectifs sont aussi peu développés chez l'idiot que tout le reste ; l'élément moteur lui aussi, est intéressé, et présente des anomalies : paralysies, contractures, lenteur, maladresse, etc... Parmi les sentiments affectifs, le plus simple, l'instinct de la conservation, ne se manifeste guère que par de la voracité, ainsi que nous l'avons vu plus haut. A ces troubles moteurs et affectifs viennent se joindre l'im-

(1) Voir le numéro précédent.

perfection des sensations qui concourt, elle aussi, à rendre l'idiot moins susceptible d'attention.

Chez l'idiot profond, l'attention n'existe pour ainsi dire pas, et chez lui on peut dire qu'il n'y a ni sensations, ni sentiments, ni idées.

Chez les idiots simples on peut rencontrer une attention spontanée, capable d'être développée et même d'être transformée en attention volontaire, ce sont des idiots éducables, tandis que les premiers ne l'étaient pas. L'éducation doit surtout se faire par des gestes ou au moyen d'objets figurés ou colorés, car avant tout les idiots sont des visuels.

A côté de la faiblesse d'attention et de la faiblesse de l'intelligence qui vont de pair, on doit ranger l'indiscipline et la paresse. Mais ici, il y a, d'après M. Sollier, une distinction capitale à faire entre les idiots et les imbéciles. C'est qu'au point de vue social, par suite du peu de développement de toutes les facultés, les premiers sont des êtres plus dangereux, tandis que les seconds, chez qui l'attention volontaire, quoique instable, existe, chez lesquels l'intelligence est souvent faussée dans son développement, deviennent parfois des individus dangereux. Les premiers, selon l'expression de M. Sollier, sont des *extrasociaux*, les seconds des *antisociaux*.

La caractéristique de l'attention de l'imbécile, c'est son instabilité, aussi bien pour les choses extérieures, pour les idées, que pour les actes. Son attention, vive au début, glisse bientôt et s'égare vers d'autres objets, et pour cela il suffit d'un rien, de la plus faible excitation venue du dehors. Aussi leur travail est-il gâché, et ont-ils besoin d'être sans cesse surveillés, dirigés, bien qu'ils aient la prétention de tout entreprendre seuls.

D'autres au contraire restent des heures entières sans rien faire. Aussi peut-on diviser les imbéciles sous le rapport de l'attention en deux catégories : les *distraits dissipés* et les *distraits absorbés*.

Cette instabilité se traduit également par un besoin de vagabondage très développé même chez ceux qui jouissent dans leur famille de la plus grande somme de liberté possible. Ceci dénote chez eux une remarquable instabilité mentale, se traduisant par une instabilité corporelle parallèle, depuis le simple besoin de changer sans cesse de place jusqu'au vagabondage confirmé.

A l'attention se rattache la réflexion et la préoccupation. Or, la réflexion existe peu ou pas, chez l'idiot simple, la préoccupation encore moins.

Les imbéciles, eux, sont capables d'une certaine réflexion, mais très limitée, appliquée presque toujours à des sentiments et non à des idées.

La préoccupation est peu développée chez eux, et ils sont en général d'une insouciance remarquable. Cependant il est à noter que ce ne sont guère que les actes malfaisants, les sentiments mauvais ou les actes égoïstes à satisfaire qui attirent l'attention ou provoquent la préoccupation des imbéciles.

Ce qui fait qu'au point de vue pratique, les imbéciles sont presque aussi difficiles à éduquer que les idiots simples.

— L'instinct de nutrition est celui qui semble le plus développé chez les idiots ; il se traduit, comme nous l'avons vu plus haut, par de la voracité et de la gloutonnerie, plus tard par de la gourmandise.

Le sentiment de préservation est absolument inconnu aux idiots profonds, et ils n'ont pas la compréhension du danger et de ce qu'il convient de faire pour l'éviter. L'imbécile, au contraire, égoïste par excellence, a le sentiment du danger développé et même exagéré, cependant on remarque parfois chez eux des tendances au suicide, mais passagères et à allures caractéristiques :

Absence ou insignifiance de la cause;

Absence de fermeté nécessaire pour l'accomplir;

Oubli de l'idée de suicide.

Les idiots ont le sommeil profond et prolongé, quelques uns, cependant, ont des insomnies tenaces, mais seulement jusqu'à l'âge de 4 ou 5 ans, à partir duquel on note, au contraire, une propension au sommeil.

Le besoin d'activité musculaire est beaucoup moins puissant que le précédent ; c'est pourquoi on voit beaucoup d'idiots rester comme des masses inertes. D'autres, au contraire, ont des besoins impérieux de mouvements, tels sont les *idiots grimpeurs* et les *tourneurs*.

Les modifications de l'instinct sexuel ne sont pas moins intéressantes : absence ou rudiment chez l'idiot, exagération perversion ou inversion chez l'imbécile. Ici encore nous retrouvons les caractères qui font de celui-ci un anti-social et de celui-là un extra-social.

Au point de vue du développement physique, on note chez l'idiot ou l'infantilisme ou le non développement.

Les anomalies des organes génitaux sont très fréquentes, les aptitudes génésiques seraient très atteintes si l'on en juge par les nombreux cas de cryptorchidie.

Chez les imbéciles, les anomalies sont moins graves et moins incompatibles avec l'acte sexuel.

Chez les idiots gâteux. il n'y a pas d'instinct sexuel, chez les idiots éducables, il reste toujours affaibli, quelquefois anormalement développé ou perverti; chez les imbéciles, on note parfois une précocité extraordinaire, et surtout des perversions du sens génital : onanisme principalement, sodomie, etc. Chez les femmes, on note une absence complète du sens moral.

L'instinct d'imitation existe chez les idiots simples, mais il est surtout développé chez les imbéciles, sans avoir le développement qu'on lui a attribué : chez ce dernier, comme pour le reste, il est principalement dirigé vers ce qui est mauvais et malfaisant. Chez les idiots, il n'en est pas de même et l'instinct d'imitation ne se porte pas de préférence sur les choses grossières ou immorales.

Une chose plus spéciale encore aux imbéciles, c'est la simulation, simulation grossière, maladroite, en général, mais qui montre bien la perversion de leurs sentiments. Notons également les tendances artistiques, et principalement les tendances musicales qu'ils manifestent; chez certains, ce sont des aptitudes mathématiques particulières. (*A suivre.*)

BULLETIN

LES QUARANTAINES ET LES MESURES PRÉVENTIVES CONTRE LES AFFECTIONS CONTAGIEUSES AU CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE ET DE DÉMOGRAPHIE DE LONDRES.

Ainsi qu'on pouvait s'y attendre dans une semblable question, les médecins anglais se sont prononcés nettement dans le sens de l'inutilité et par conséquent de la suppression des quarantaines. M. Cunningham, considérant que les moyens mis en usage à l'heure actuelle pour empêcher la propagation des maladies épidémiques d'un pays à un autre, non seulement sont d'une efficacité douteuse, mais entraînent des inconvénients graves au point de vue commercial, a proposé de les remplacer par un certain nombre de précautions à prendre à bord des navires infectés.

Les navires seront soumis à une inspection médicale rigoureuse, et en cas de maladie, on devra procéder à une désinfection énergique de toutes les parties du navire contaminé.

M. R. Lawson, inspecteur général, a parlé dans le même sens: pour lui, il n'est pas prouvé que la contagion du choléra se fasse uniquement par la contagion directe de l'homme à l'homme. C'est ainsi que dans les dernières épidémies de Marseille et de Toulon, en 1884, il n'a pas été possible de trouver trace de l'introduction de la maladie par mer. On a également observé bon nombre d'épidémies, survenant dans des pays éloignés de tout centre d'infection, et dans lesquels rien ne permettait de supposer une importation. Les épidémies de Southampton, en 1865, et celle de la Nouvelle-Orléans, en 1873, sont à rapprocher à ce point de vue de celles de Marseille et de Toulon.

Il y a donc lieu de faire intervenir, non seulement la contagion, mais aussi ce que M. Lawson appelle l'influence épidémique, c'est-à-dire un ensemble de conditions climatériques, ou autres, qui engendrent ou favorisent l'éclosion et l'extension de la maladie. Bien plus, l'importation même du choléra semblerait pouvoir se faire surtout par les courants aériens, qui sont les meilleurs moyens de diffusion de la maladie.

On reconnaît la doctrine chère aux médecins anglais et les conséquences qui en découlent au point de vue de la défense que peut opposer l'Europe aux invasions cholériques venant de l'Orient sont incalculables. Il a semblé cependant, l'an dernier, que les mesures de précautions prises n'avaient pas été sans résultat, soit sur nos côtes, soit sur la frontière d'Espagne.

C'est M. Rochard qui est venu soutenir l'utilité de certaines mesures prophylactiques dont l'utilité a été mise en évidence dans ces dernières années. Il a rappelé que la question des quarantaines avait été débattue à la conférence internationale qui s'est ouverte à Rome le 20 mai 1885 et qu'à cette conférence les délégués français avait été assez heureux pour faire adopter leurs idées.

Ces conclusions réduisaient les quarantaines maritimes aux proportions rigoureusement indispensables; elles proclamaient l'inutilité complète des cordons sanitaires, des quarantaines de terre, et remplaçaient celles-ci par des mesures de surveillance et de désinfection prises aux gares frontières. Elles substituaient autant que possible l'assainissement des navires au départ et pendant les traversées à la séquestration et à l'internement des passagers dans les lazarets, mais elles maintenaient une surveillance rigoureuse dans la mer Rouge pour les navires venant de l'Inde, des dispositions spéciales en vue du pèlerinage de la Mecque, et continuaient à infliger la quarantaine aux bâtiments qui avaient le choléra à leur bord.

Ces conclusions sont restées lettres mortes au point de vue de la sanction diplomatique, mais ces propositions, votées par les hygiénistes de tous les pays n'en ont pas moins cependant eu une influence et une autorité considérables.

Ce sont ces mesures que le Conseil sanitaire d'Égypte applique en ce moment, pour empêcher que le choléra qui sévit avec tant de violence en Arabie et en Syrie, n'envahisse le nord de l'Afrique et de là l'Europe.

Il est certain que l'assainissement progressif des villes rendra dans l'avenir les mesures de quarantaine moins utiles. C'est ce qui fait que l'Angleterre a pu jusqu'à un certain point, pouvoir s'en passer. Les villes anglaises ont fait des dépenses énormes pour leur assainissement. Mais il n'en est pas de même partout, Naples et Toulon en sont peut-être des exemples, et M. Brouardel a d'ailleurs clos la discussion en faisant remarquer que la quarantaine, telle qu'elle est pratiquée aujourd'hui, diffère bien des quarantaines de jadis. La désinfection y tient la première place. Ce qu'il faut faire, d'après lui, c'est empêcher le développement et l'extension du choléra dans ses lieux d'origine, l'Inde et la Mecque, c'est là qu'il est indispensable d'appliquer les mesures préventives que l'administration sanitaire des Indes avait acceptées en 1885.

Ces mesures insuffisamment suivies n'ont pas empêché il est vrai que des navires anglais n'aient apporté le choléra dans la mer Rouge en 1890 et en 1891. Mais elles n'en sont pas moins bonnes à connaître.

En route, les navires pourvus d'étuves à désinfection devront faire eux-mêmes à bord leur police sanitaire: Les malades seront isolés, et toutes les mesures de désinfection devront être prises. Grâce à ce système, des épidémies cholériques ont pu être éteintes dès leur origine et pendant la traversée.

Enfin à l'arrivée, à la première escale, les mêmes précautions d'isolement devront être prises à l'égard des malades, et les mêmes mesures d'isolement à l'égard du navire et des marchandises.

M. Brouardel a rappelé à ce propos que si l'Angleterre admet dans ses ports en libre pratique les navires de provenance suspecte, il n'en est pas de même dans les possessions anglaises de la Méditerranée, qui ont été jusqu'à refuser le débarquement à des navires contaminés ou de provenance suspecte. Il y a là une mesure plus grave encore qu'une simple observation de quelques jours, et une manière toute différente d'envisager la question, selon les latitudes.

Mais si l'Angleterre, chez elle, est si tolérante aux navires venant de pays contaminés, cela tient, ainsi que l'a fait remarquer M. Rochard, non seulement aux travaux d'assainissement qu'elle a exécutés dans ses villes et qui lui donnent une sécurité relative, mais surtout à son éloignement des pays d'origine du choléra, et au temps que les navires sont obligés de mettre pour venir de ceux-ci jusque dans ses ports. Les ports de la Méditerranée ne sont pas malheureusement dans les mêmes conditions. H. B.

NOTES ET INFORMATIONS

— Mme Guzman, qui a légué à l'Académie des sciences une somme de 100.000 francs pour fonder un prix à décerner au savant qui le premier, trouvera moyen de communiquer avec les astres, a également fait le legs suivant à l'Académie de médecine et à l'Assistance publique:

« Je lègue 50.000 francs à l'Académie de médecine de Paris pour fonder un prix, qui portera le nom de mon fils, Pierre Guzman, et qui sera donné à celui qui trouvera un traitement réellement efficace, dans les formes les plus communes, des maladies organiques du cœur confirmées.

« En attendant qu'on vienne à trouver, s'il se peut, un traitement qui guérisse la plupart de ces maladies, je veux que la rente de ces 50.000 francs soit décernée chaque année au travail, théorique ou pratique, le meilleur sur l'une ou l'autre de ces maladies.

« Je lègue 50,000 francs à l'Assistance publique, pour que l'on fasse, chaque semaine, dans les établissements de Sainte-Périne, d'Issy et des Petits-Ménages, une musique militaire comme celle qui se fait dans les jardins publics de Paris. La musique devra durer pendant une heure au moins et être faite dans les cours ou jardins et non dans la rue. Si, avec la rente de ces 50,000 francs, il y a de quoi faire de la musique dans un autre établissement, je veux que ce soit dans un établissement de vieillards. »

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous apprenons, au moment de mettre sous presse, la mort de M. le Dr Castan, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier, qui a succombé hier soir aux atteintes d'une fièvre typhoïde.

Facultés et écoles des départements.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur Gangolphe, agrégé, est chargé, pendant l'année scolaire 1891-1892, du cours de pathologie externe.

Sont chargés de cours complémentaires pendant l'année scolaire 1891-1892 : MM. les agrégés Poullet (accouchements), Beauvisage (botanique) et Perret (clinique des maladies des enfants).

Faculté de médecine de Nancy. — Sont chargés de cours pendant l'année scolaire 1891-1892 : MM. les agrégés Nicolas (anatomie) et René (physiologie).

Sont chargés de cours complémentaires pendant l'année scolaire 1891-1892 : MM. les agrégés Rémy (accouchements), Vautrin (clinique des maladies cutanées et syphilitiques), Simon (clinique des maladies des enfants), Parisot (clinique des maladies des vieillards) et M. le docteur Langlois (clinique des maladies mentales).

Faculté de médecine de Montpellier. — Sont chargés de cours pendant l'année scolaire 1891-1892 : MM. les agrégés Ville (chimie) et Estor (pathologie externe).

Sont chargés de cours complémentaires pendant l'année scolaire 1891-1892 : MM. les agrégés Blaise (histologie), Baumel (clinique des maladies des enfants), Brousse (clinique des maladies cutanées et syphilitiques) et Gerhaud (accouchements).

Faculté de médecine de Bordeaux. — Sont chargés de cours complémentaires pendant l'année scolaire 1891-1892 : MM. les agrégés Arnozan (clinique des maladies cutanées et syphilitiques), Moussous (clinique interne des maladies des enfants), Boursier (clinique des maladies des femmes), Pousson (clinique des maladies des voies urinaires), Denigès (chimie), Rivière (accouchements) et M. le docteur Sigalas, pharmacien de 1re classe (physique).

M. le docteur Latrilie est maintenu, pour l'année scolaire 1891-1892, dans les fonctions de chef de clinique ophtalmologique.

Faculté de médecine de Lille. — Sont chargés de cours, pendant l'année scolaire 1891-1892 : MM. les agrégés Doumer (physique), Morelle (matière médicale) et Comhemale thérapeutique).

M. le docteur Laguesse est chargé des fonctions d'agrégé (histologie).

Sont chargés de cours complémentaires pendant l'année scolaire 1891-1892 : MM. les agrégés Demon (accouchements), Phocas (clinique externe des maladies des enfants et médecine opératoire).

Faculté de médecine de Toulouse. — MM. les docteurs Bézy et Rémond, chargés des fonctions d'agrégés, sont chargés, en outre, pendant l'année scolaire 1891-1892, le premier, d'un cours de clinique des maladies des enfants ; le second, d'un cours de pathologie et thérapeutique générales.

M. le docteur Garrigou est chargé, pendant l'année scolaire 1891 1892, d'un cours complémentaire d'hydrologie.

Ecole de médecine de Limoges.—M. le docteur Dérignac, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé professeur d'hygiène et thérapeutique.

Corps de santé militaire.

Liste des candidats admis à subir la première partie des épreuves orales du concours d'admission à l'école du service de santé militaire de Lyon :

MM. Adoue, Amandric du Chaffaut, Aoustin, Arnal, Augarde, Auguin, Bailby, Bar, Baratta, Bargy, Baumelou, Beaugeois, Beauliès, Biard. Blanchard, Bonnet, Bontemps, Bonthoux, Bory, Boucarut, Bourgain, Braun, Canceill, Cange, Carrey, Caumartin, Caziot, Chalais, Chaillot, Chapuis, Chenal, Clauda, Collet, Comhret, Conor, Conte, Couillaud, Couraud, Cros, Defoug, Dehoey, Delahaude, Delahaye, Denis, Deroin, Deville, Douzans, Drouet, Fache, Fargues, Faure, Fayollat, Fortier, François, Gallot, Gangloff, Gascon, Gault, Gautrand, Gerbaux, Gibert, Ginestous, Gorisse, Goudard, Guéneau, Gueutal, Henric, Huck, Hussenstein, Husson, Idrac, Jauffret, Joyeux, Laborde, Lairé, Lamonreux (P.), Lamoureux, Lascoutx, Lanrent, de Lauwereyns de Rosendaele, Leblanc, Legrand, Leniez, Léon (F.), Léon, L'homme, Ligouzat, Maffre, Mahaut, Mainguy, Mascarel, Massol, Masnre, Mauviez, Mélot, Mendy, Miramond, Monteilh, Mouly, Mourier, Mouthon, Nobécourt, Opin, Oui, Ozun, Pasquet, Paul, Petit, Peyrolle, Peyroux, Pierrot, Pignet, Poitevin de Fontguyon, Ponsot, Poullain, Ravé, Regad, Richon, Rogier, Rolet, Rolland, Rubenthaler, Saint-Martin, Sallet, Scherh, Schneider, Spire, Stéfani, Thiéhant, Vaney, Velten, Viallet, Weil, Zeller.

Corps de santé de la marine.

Voici la liste des candidats admis à prendre part au concours qui doit s'ouvrir, le 24 août, à Brest, Rochefort et Toulon, pour l'admission à l'Ecole du service de santé de la marine, à Bordeaux.

Brest. — MM. Acornet, Berger, Chapuis, Charuel, Duval, Foutrein, Fillard, Henrié, Hérest, Lamy, Le Brigant, Legendre, Lépine, Marzin, Odeyé, Roche, Tauvet.

Rochefort. — MM. Avrilleaud, Bardet, Berard, Bertrand, Boyé, Chabaneix, Chalibert, Dargein, Judet de la Comhe, Marcourt, Martinet, Nielsen, Olivier, Ortholan, Pasquet, Ponty, Ricapet, Savornin, Talhot, Trihondeau, Vassal (P.), Vassal (J.).

Toulon. — MM. Ahatucci, Audemard, Autric, Bernard, Béréni, Brau, Bresson, Buffiou, Cader, Cassien, Constant, Gaide, Létinois, Lucciardi, Micholet, Miquel, Richaud, Seguin, Tédeschi, Valmyre.

Hôpitaux de Paris. — Le concours de la médaille d'or (médecine) s'ouvrira le lundi 7 décembre 1891, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au Secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

— Le concours de chirurgie et d'accouchement s'ouvrira le jeudi 10 décembre 1891, à quatre heures, à l'hôpital de la Charité.

Les élèves qui désireront y prendre part, seront admis à se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 11 heures à 3 heures, du 1er au 15 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au Secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

— M. le docteur A. Ruault (de Paris) est chargé d'une mission en Espagne et en Portugal, à l'effet d'y étudier l'organisation et l'enseignement de la médecine et de la chirurgie.

Faculté de médecine de Lille. — *Nomenclature des thèses soutenues devant la Faculté pendant l'année scolaire 1890-91.*

Dechy. — Du *genu recurvatum* congénital ou luxation congénitale du tibia en avant.

Lefort. — La topographie cranio-cérébrale. Applications chirurgicales.

Pruvost. — De la mydriase essentielle.

Dubiquet. — De la réceptivité et de l'immunité vis-à-vis de la vaccine.

Gosselet. — Contribution à l'étude de la polynévrite à forme de paralysie générale spinale antérieure subaiguë et rapide.

Vanhersecke. — La morphologie des circonvolutions cérébrales (Origine, développement, valeur morphologique, physiologique et médicale des plis corticaux du cerveau).

Taccoen. — De la ténotomie à ciel ouvert dans le traitement du torticolis musculaire chronique.

Demay. — Étude clinique du phlegmon traumatique de l'orbite.

Labalette. — Les veines de la tête et du cou (système de la veine-cave supérieure). Applications physiologiques et médico-chirurgicales.

Bichet. — De la microphthalmie congénitale.

Bertaux. — L'humérus et le fémur considérés dans les espèces, — dans les races humaines, selon le sexe et selon l'âge.

François. — De l'hydrocèle congénitale.

Foutry. — De la résection du coude chez les enfants.

Deroïde. — Contribution à l'étude des procédés de dosage de l'acide urique.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — *État nominatif des docteurs en médecine reçus pendant les mois de juin et juillet.*

Boulin. — De l'allaitement régulier. Quelques résultats fournies par la méthode des pesées chez des enfants régulièrement nourris.

Grellety. — Du traitement actuel du cancer de la langue.

Delpont. — De la cystite chez les enfants.

Lacaze. — Suites et résultats de l'ablation dans l'inflammation des annexes.

Giudicelli. — Des kystes de la partie vaginale du col dans les métrites.

Cousin. — Étude sur les suites de couches des syphilitiques.

Gardette. — Des ruptures spontanées de l'aorte dans le péricarde.

Vaucel. — Contribution à l'étude de l'étiologie, de l'héméralopie épidermique et de ses rapports avec le scorbut.

Huguet. — Étude sur le dosage de l'urée.

Delpierre. — De l'amputation de la jambe au lieu d'élection par le procédé bordelais de M. le Dr Dudon.

Daraignez. — De l'arthrodèse.

Doucet. — De la dacryocystite chronique. — Son traitement dans les cas rebelles par la cautérisation ignée au thermo-cautère.

Margouty. — Du rôle des matières animales dans la nocivité de l'air expiré.

Woolonghan. — Recherches de topographie cranio cérébrale. Détermination des rapports du sillon de Rolando et de la scissure de Sylvius avec la boîte cranienne.

Labordère. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical du cancer du rectum. — Création préliminaire d'un anus artificiel. — Nouveau procédé de suture intestinale.

Bouchart. — Contribution à l'étude des malformations et déformations du pouce.

Béguin. — Mécaniciens et chauffeurs à bord des navires de l'État. Étude d'hygiène, de physiologie et de pathologie.

Rigaud. — Du cancer de la prostate.

De Saint-Germain. — Contribution à l'étude du traitement des abcès chauds sans incision.

Rigollet. — De la phlébite paludéenne.

Perrot. — Contribution à l'étude des tubercules externes à foyers multiples de la seconde enfance.

Quintin. — Des injections interstitielles de solutions iodoformées dans les cas de tumeurs blanches.

Le Quément. — Contribution à l'étude de l'herpès récidivant.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. - Typ. A. Davy, 52, rue Madame — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE REDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,

J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 53, Av Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

CLINIQUE MÉDICALE

HOTEL-DIEU. — SERVICE DE M. LE Dr LANCEREAUX.

LES DIABÉTIQUES. — LES GRAS ET LES MAIGRES. — DIABÈTE CONSTITUTIONNEL. — DIABÈTE PANCRÉATIQUE.

Leçon recueillie par M. E. Boix, *interne du service.*

Vous savez, Messieurs, quel parti nous avons souvent tiré, dans nos cliniques, de la mise en présence d'un certain nombre de malades atteints d'une même affection ou présentant des variétés et des types différents de cette affection. Le procédé nous sera particulièrement fructueux aujourd'hui puisqu'il s'agit, par l'étude des quatre malades qui sont devant vous, et qui tous sont glycosuriques, de nous convaincre que le diabète de l'un n'est pas le diabète des autres. La tâche sera facile, car les différences sont nettement tranchées et sautent aux yeux, pour ainsi dire, si toutefois on veut se donner la peine de regarder.

Voyez plutôt : un gras et trois maigres. C'est qu'en effet chaque maladie (et j'entends par ce mot *maladie* une entité morbide définie, autonome, relevant toujours d'une même cause, toujours semblable à elle-même au moins dans ses grandes lignes, évaluant, à de légère variantes près, toujours de la même façon), chaque maladie imprime à celui qui en est atteint une physionomie générale qui se reconnaît à distance. Ne vous arrive-t-il pas de diagnostiquer de loin un typhique, un pneumonique, un tuberculeux? Il en est de même pour les maladies chroniques, et assez souvent déjà je vous ai parlé de l'herpétisme pour qu'à première vue ou à un examen très sommaire vous sachiez le reconnaître. Il vous apparaît nettement chez l'un de nos quatre malades ; mais de celui-ci nous parlerons en dernier lieu.

Vous n'avez trouvé, dans les auteurs, sous le titre *diabète*, qu'une seule description. Je ne parle pas, bien entendu, de ce qu'on appelle le diabète nerveux, diabète traumatique, le diabète des tumeurs mésocéphaliques, le diabète enfin résultant d'une lésion ou d'une compression du plancher du 4e ventricule, identique par conséquent au diabète expérimental de Claude Bernard. Ceci n'est pas une maladie, mais bien un syndrome, n'ayant de commun avec les autres diabètes que la glycosurie. Ce mot de diabète est regrettable surtout parce qu'on l'emploie souvent sans qualificatif ; et que pour être explicite, il faudrait dire : diabète insipide, diabète azoturique, diabète phosphatique, diabète sudré. Mais laissons ces querelles de mots et faisons l'examen de nos malades.

Chez les trois premiers qui sont maigres, nous noterons comme symptômes communs la glycosurie, l'abondance des urines, l'affaiblissement musculaire. Les muscles sont atrophiés et font la corde un instant si on les excite mécaniquement. C'est le phénomène du myoœdème que vous connaissez pour être l'expression des états cachectiques ou autres analogues. De plus chez deux d'entre eux les réflexes rotuliens sont totalement abolis.

FEUILLETON

ORIGINE DES PRÉJUGÉS POPULAIRES SUR LES ENVIES,

Par G. Variot (1).

C'est une croyance très répandue et très généralement acceptée, que les marques sur la peau présentées par les enfants à la naissance, sont dues à l'influence de l'imagination de la mère pendant la grossesse.

Un enfant naît avec un *nævus* vasculaire, c'est une tache de vin, une *envie* de vin, s'il s'agit d'un nævus pigmentaire plus ou moins foncé, c'est une *envie* de café, de chocolat, etc.

En allant plus loin dans cette direction, on admet souvent que les difformités congénitales portant sur les membres, les malformations des mains, des pieds, de la tête, se rattachent à des émotions vives, ou à de violentes impressions de la mère qui auraient eu un contre-coup direct sur le fœtus.

Cette croyance ancienne s'est traduite dans le langage populaire par le terme d'*envie* employé indistinctement pour désigner la cause et l'effet. La mère a une envie, l'enfant porte une envie.

Nous avons voulu rechercher quelle était l'origine de ces préjugés populaires si profondément enracinés et nous avons trouvé qu'elle remontait à la plus haute antiquité.

Une longue tradition a transmis ces erreurs jusqu'à nous.

Les penseurs les plus éminents à toutes les époques, les plus grands savants jusqu'à la fin du XVIIIe siècle ont partagé et propagé les idées qui ont cours actuellement encore sur ce sujet aussi bien dans le peuple que parmi les gens du monde.

Nous empruntons à la théorie de M. le Dr Hugues une série de citations qui prouvent jusqu'à l'évidence ce que nous avançons (1).

Moïse, dans la Genèse rapporte l'artifice qui aurait réussi à Jacob pour obtenir des agneaux tachetés. Laban ayant promis d'abandonner à Jacob tous les agneaux tachetés qui naîtraient dans ses troupeaux, ce dernier « prenant donc des branches vertes de peuplier, d'amandier et de platane, il en ôta une partie de l'é-

(1) Communication faite à la Société d'anthropologie le 18 juin 1891.

(1) *Des nævi pigmentaires*. Thèse de Paris, 1890.

Le premier de nos malades, employé de commerce, paraît atteint depuis deux mois seulement ; il s'est d'abord aperçu que son urine tachait son pantalon. Vers la fin de novembre 1890, il a commencé à avoir une soif exagérée, et en même temps ses urines étaient plus abondantes que d'habitude. A partir de Noël il pisse 3 litres de liquide et il absorbe jusqu'à 5 ou 6 litres de boisson par vingt-quatre heures. Il a aussi constamment faim ; il nous a dit avoir mangé jusqu'à 2 kilog. de viande, car c'est la viande qu'il affectionne particulièrement. Depuis le commencement de sa maladie, ses forces ont considérablement diminué, et il a perdu 31 livres de son poids. Quant à l'appétit génital il est nul et il lui serait d'ailleurs impossible de le satisfaire. Néanmoins les réflexes rotuliens existent encore.

Le second est depuis le mois dernier polydipsique et polyphagique ; il buvait d'abord 1 litre ou 1 litre 1/2 entre ses repas. Voilà que tout d'un coup cette soif augmente dans des proportions inquiétantes, et en octobre il boit environ 12 litres et urine 14 litres ; à ce moment il ne mange pas, mais cette acné ne persiste pas longtemps. En novembre et en décembre l'appétit revient et les urines diminuent ainsi que la soif.

Dès la fin d'octobre les forces ont disparu. Le malade est très prostré. Le 10 janvier il essaye vainement de reprendre son travail ; il se voit obligé d'entrer à l'hôpital. Il a maigri de 20 kilog. en moins de quatre mois. Déjà depuis un an les forces génésiques étaient très amoindries, et ce symptôme qui ne laisse pas d'impressionner péniblement les malades est souvent un des premiers constaté par eux, celui qui donne l'éveil au médecin et l'invite à chercher le sucre dans les urines. Mais il semble que depuis novembre notre malade ait retrouvé à ce point de vue un peu de son ancienne vigueur.

Le troisième éprouve depuis janvier 1887 des vertiges et des crampes. Sa soif avait augmenté considérablement déjà vers la fin du mois de novembre 1886, et son urine tachait son pantalon. Il était très émacié et très affaibli. En juin 1887 il avait maigri de 60 livres. Sa puissance génitale s'était affaissée graduellement ; le besoin de l'exercer d'ailleurs ne s'en faisait nullement sentir. Mais depuis trois ans un arrêt semble s'être produit et notre homme est resté à peu près stationnaire ; il n'a pas maigri de plus de 6 kilog. depuis ce temps.

Voilà donc trois observations vraiment superposables, et je n'insisterai davantage sur leur analogie que pour vous donner les chiffres qui mesurent leur glycosurie. Le premier urine 7 litres et élimine 373 grammes de sucre par vingt-quatre heures ; le second urine 7 litres et élimine 406 grammes de sucre, le troisième urine 7 litres et élimine 539 grammes de sucre.

Cependant le second paraît en voie d'amélioration ; non pas qu'il avait moins de glycose et d'urine qu'autrefois ; mais son état général est meilleur, ses forces se relèvent, et cela me paraît être un meilleur indice de retour à la santé que la constatation d'une moindre quantité de sucre dans les urines, car la glycosurie n'est qu'un symptôme ; et ce serait faussement interpréter les choses que d'établir trop absolument un rapport direct entre l'intensité de la glycosurie et la gravité de la maladie. Il est tel diabétique qui peut momentanément ne plus pisser de sucre, mais dont les forces ne reprennent pas et dont l'état va empirant de jour en jour.

A côté de ces trois diabétiques qui forment, vous le voyez, un groupe bien homogène et bien défini, j'ai fait venir ce quatrième malade, et ce que je vais vous en dire confirmera la différence que vous avez déjà mentalement établie rien qu'en le regardant. Il est gros et gras, disons le mot : *obèse* ; il est chauve ; il est porteur d'une hernie ombilicale ; il a des varices, des ostéophytes aux genoux, ses ongles sont recourbés et cannelés ; l'épiderme est épaissi aux pieds ; il a de la blépharite ciliaire, de la trachéite, avec cette toux particulière, par quintes précédées d'un picotement à la gorge ; auscultez-le, vous constaterez de la bronchite chronique et de l'emphysème. Dernièrement, il a saigné du nez à plusieurs reprises ; enfin il est artério-scléreux.

La glycosurie se perd ici parmi les autres symptômes et en réalité elle est à l'arrière plan.

L'obésité a commencé chez lui vers l'âge de 25 ans. A 38 ans il pesait 149 kilog.

Sa mère, morte à 63 ans, était obèse aussi, et sans doute elle était diabétique.

Vous voyez donc combien l'habitus extérieur de ce malade diffère de celui des trois précédents qui ne nous avaient frappé au premier abord que par leur maigreur ; et ce n'est pas une simple coïncidence que ce cortège de symptômes accompagnant la glycosurie.

Il y a deux ans, en janvier, à propos d'une plaie dont le malade était porteur, on s'aperçut, dans le service de M. Anger, que ses urines contenaient du sucre. Il n'était pas très altéré, mais il mangeait beaucoup. Il a d'ailleurs toujours été, nous

---

écorce, en sorte que les endroits d'où l'écorce avait été ôtée paru- rent blancs et les autres auxquels on l'avait laissée demeurèrent verts : ainsi ces branches devinrent de diverses couleurs.

« Il les mit ensuite dans les canaux qu'on remplissait d'eau afin que lorsque les troupeaux y viendraient boire ils eussent ces branches devant les yeux et qu'ils conçussent en les regardant. »

« Ainsi il arriva que les brebis étant en chaleur et ayant conçu à la vue des branches de diverses couleurs, eurent des agneaux tachetés de diverses couleurs. »

Voltaire faisant allusion à cette ruse de Jacob, s'étonnait que les brebis qui avaient toujours les yeux fixés sur l'herbe qu'elle broutaient, ne produisissent pas des agneaux avec une toison verte.

Il est probable que Jacob n'avait imaginé ce stratagème que pour masquer des moyens beaucoup plus efficaces, connus de lui, pour produire par le croisement des agneaux à la robe tachetée. Les éleveurs savent distinguer à certaines taches pigmentaires muqueuses de la bouche, les brebis blanches qui sont aptes à procréer des jeunes dont la robe sera colorée (1).

Dans l'antiquité grecque, nous trouvons d'illustres philosophes ou savants qui croient fermement que la mère, par un effort puissant de l'imagination, peut en quelque sorte modeler l'embryon qu'elle a conçu.

Empédocle d'Agrigente, qui était d'ailleurs partisan de la métempsycose, c'est-à-dire de la transmigration des âmes immatérielles dans d'autres corps que ceux qu'elles avaient primitivement habitées, admettait aussi que des images reçues dans le cerveau d'une femme pouvaient être transportées sur son fruit.

Voici comment Amyot, dans sa belle traduction des œuvres de Plutarque, nous rapporte l'opinion d'Empédocle :

« Empédocle tient que par l'imagination de la femme en la conception, se forment les enfants, car souvent des femmes ont été amoureuses d'images et de statues et ont enfanté des enfants semblables à icelles » (1).

Dans le traité d'Hippocrate sur la *superfétation* dont l'authenti-

(1) Voir à ce sujet la discussion provoquée à la Société d'anthropologie par la communication de mes recherches sur les nævi pigmentaires circonscrits et diffus et spécialement les réflexions de M. Sanson.

(1) *Des opinions des philosophes*, ch. XII, liv. V, p. 457.

dit il, une bonne fourchette. Vous pensez bien que ce n'est pas seulement sa blessure qu'il est glycosurique. Le mal existait depuis longtemps, et la maladie depuis plus longtemps encore. Sa glycosurie a dû être intermittente. C'est là un fait bien connu des médecins qui soignent les gens dont la vie est faite de préoccupations graves ou traversée à chaque instant par des émotions, comme les boursiers, par exemple, ou les commerçants qui manient de gros capitaux. Ces obèses pissent du sucre aux heures difficiles, tandis que leurs urines sont normales aux moments de calme. Ils ont en quelque sorte un diabète oscillant. Je me hâte d'ajouter que, comme notre malade herpétique, ils ne s'en portent pas plus mal. Chez eux, c'est plutôt une manière d'être, extra-physiologique si vous voulez, mais compatible avec l'existence moyennant quelques mesures d'hygiène.

Revenons à notre malade. Depuis deux ans ses urines sont beaucoup augmentées en quantité et il a séjourné pour cela dans plusieurs hôpitaux. A Necker, chez M. Dieulafoy, il pissait 14 litres et mangeait 6 à 8 livres de pain par vingt-quatre heures. A Bichat, chez M. Huchard, il pissait 5 litres. Depuis ces deux ans, il a maigri de 7 à 8 kilogr.; et comme il était contrarié d'être d'aussi forte corpulence, cette diminution de poids n'était pas faite pour l'inquiéter. Voyez au contraire avec quelle douloureuse insistance, les trois malades dont je vous ai parlé d'abord font remarquer qu'ils ont beaucoup maigri. Il a 59 ans, et ses forces sont très diminuées. Là, il n'est pas dans la règle, les malades de ce genre, tout en perdant de leurs poids et en proportions moindres que celui-ci, conservent leur énergie presque intacte, et ce n'est qu'aux dernières périodes qu'ils sont obligés d'interrompre leurs occupations et se résignent à un repos forcé. Encore les autres manifestations parallèles de l'herpétisme ou les affections intercurrentes sont-elles pour une plus grande part que leur diabète dans cette déchéance.

Quant à ses forces génitales, notre malade n'a pas remarqué en lui grand changement, car il n'a jamais été, nous avoue-t-il, ce qu'on appelle un militant.

Aujourd'hui sa quantité d'urine s'élève à 3 ou 4 litres avec 133 grammes de sucre par vingt-quatre heures.

Je crois que vous avez suffisamment saisi la différence profonde qui fait ce malade tout à fait distinct de trois autres. C'est qu'en effet, il ne s'agit pas de la même maladie. Les uns maigrissent rapidement, les autres restent à peu près stationnaires; les uns perdent en peu de temps toutes leurs forces, et leur esprit faiblit comme leur économie, les autres conservent longtemps leur vigueur et leurs aptitudes physiques et intellectuelles. C'est que la lésion anatomique n'est pas la même non plus; on a confondu cliniquement, et pour cela on ne peut s'entendre anatomiquement. Les lésions les plus disparates ont été signalées, et à chacune on a rattaché une théorie du diabète. Les explications ne manquent pas, toutes avec une apparence de logique; mais elles se contredisent, et cette pathogénie n'avait en rien progressé jusqu'ici. C'est là, à mon avis, la meilleure preuve que le diabète n'est pas une maladie, car il n'a pas de lésion anatomique définie, constante, toujours semblable à elle-même. Y a-t-il deux étiologies de la fièvre typhoïde, de la syphilis, des fièvres éruptives, etc.? Le diabète, en tant que glycosurie, n'est donc qu'un syndrome et il faut démembrer cette unité factice en rapportant, ce qui est facile et logique, il me semble, à une même lésion, les cas cliniques qui sont absolument comparables, car ces mêmes cas relèvent d'une même cause organique, l'autopsie en fait la preuve.

Si nous pouvions aujourd'hui examiner les organes de nos trois malades maigres, je vous montrerais une altération déjà profonde, irrémédiable, de leur pancréas. C'est là le bien commun de leur état, la constante demandée, la lésion organique facteur d'une même symptomatologie. Voilà une chose bien définie, un rapport qui s'établit bien net : lésion profonde du pancréas, diabète; diabète spécial, avec émaciation rapide, perte des forces dès le début, marche à peu près fatale en peu de temps. Je me hâte de vous dire qu'il y a des causes diverses d'altération du pancréas. Et d'abord la lithiase: un calcul obstruant le canal pancréatique près de sa terminaison n'entraînera pas immédiatement le diabète, car les secreta de la glande, diffusent sans doute et l'économie n'en est pas privée. Mais supposez la permanence de ce calcul; il s'ensuivra une atrophie progressive du parenchyme pancréatique lequel sera remplacé par du tissu conjonctif. Ce même résultat peut être atteint par l'oblitération spontanée du canal, processus qu'on n'a pas encore pu démêler d'une façon satisfaisante, mais qui n'en existe pas moins; vient ensuite le cancer du pancréas, celui de la tête surtout, qui peut mécaniquement comprimer le canal de Wirsing, ou qui, se propageant au reste de l'organe en produit la dégénérescence; mais ce ne sont pas les cancers pancréatiques qui ont donné le plus souvent lieu au diabète

---

cité a été très contestée et qui a été attribué avec beaucoup de vraisemblance à son gendre Polybe, nous relevons le passage suivant: « Si les femmes grosses ont un désir de manger de la terre ou du charbon et qu'elles le satisfassent, les enfants, lorsqu'ils viennent au jour, montrent sur la tête, les marques de ces substances » (1).

Il y aurait donc un rapport direct entre le désir, l'envie proprement dite de la mère et la marque de l'enfant d'après Hippocrate ou d'après les livres hippocratiques.

Chez les Romains le préjugé des Grecs se transmet, comme le prouve le texte suivant de Pline: « Les ressemblances du fœtus tiennent sans doute à l'imagination sur laquelle on pense que beaucoup de circonstances fortuites exercent de l'influence, la vue, l'ouïe, le souvenir et les images qui frappent au moment de la conception. La pensée même qui traverse subitement l'esprit de l'un ou de l'autre parent, passe pour déterminer ou altérer la ressemblance. Aussi y a-t-il plus de différence chez l'homme que chez les autres animaux; la rapidité des pensées, la promptitude de l'esprit et la variété des dispositions impriment des marques diversifiées; tandis que les autres animaux ont des esprits immobiles également uniformes dans chaque espèce et dans chaque individu de la même espèce (1). »

Galien accueille volontiers l'opinion formulée par Pline, car il raconte dans un de ses ouvrages, l'histoire suivante qu'il semble avoir puisée dans *Saranus* qui vivait antérieurement à lui. — « J'ai lu, dit Galien, qu'un homme très laid, mais riche, désirant avoir un bel enfant, en fit peindre un très beau, et recommanda à sa femme de fixer, au moment de l'acte vénérien, les yeux sur ce portrait; elle le fit et, dirigeant pour ainsi dire tout son esprit et toute son attention vers cet objet, elle mit au monde un enfant qui ne ressemblait pas à son père; mais parfaitement au modèle du tableau (2). »

(*A suivre*).

(1) Hippocratis opera. *De superfetatione.*

(1) Plinii secundi. *Historiæ Mundi*, édition de Littré, 1848, t. I, liv. VII p. 287.

(2) Claud. Galéni. — *De Theriaca ad Pisonem liber.*

maigre. Il est une atrophie spontanée, dont on ignore la cause, et que, faute de mieux, on désigne sous le nom d'atrophie simple, dans laquelle le pancréas se montre tantôt diminué, tantôt augmenté de volume, mais où l'élément glandulaire a à peu près disparu ; ce qui en reste a subi la dégénérescence granulo-graisseuse ; l'organe n'est plus constitué que par un tissu de sclérose qui a tout envahi ; d'autres fois il y a prolifération graisseuse, sans production nouvelle du tissu conjonctif. Mais que l'atrophie soit primitive ou secondaire, il n'en est pas moins vrai que la glande a disparu, et c'est parce qu'elle manque qu'il y a diabète. Cette assertion aurait pu vous paraître contestable il y a peu d'années encore ; on avait vu des altérations cancéreuses du pancréas n'avoir donné lieu pendant la vie à aucune glycosurie, mais l'expérimentation est venue apporter à la conquête de la clinique une sanction formelle, et les objections tombent d'elles mêmes devant l'éloquence des faits. Je vous énumérerai pas les tentatives déjà anciennes de Brunner, de Bouchardat et Sandras, de Claude Bereard même, de Schiff, de Klebs et Munk, et de bien d'autres ; j'en arrive tout de suite aux belles et décisives expériences de Merings et Minkowski ; grâce à certaines précautions opératoires, ces physiologistes ont pu conserver un certain temps les chiens auxquels ils avaient extirpé le pancréas, et constamment cette extirpation a été suivie de glycosurie avec amaigrissement et abattement rapides, polyphagie et polydipsie ; c'est le lendemain de l'opération qu'on pouvait constater du sucre dans les urines des animaux opérés, et même quelquefois déjà après cinq ou six heures ; plus tard, on trouvait aussi de l'acétone. Enfin aucun des animaux privés de leur pancréas n'a vécu plus d'un mois. N'est-ce pas le tableau fidèle du diabète maigre de l'homme ?

Je ne vous dirai pas comment Mering et Mering et Minkowski ont démontré que ce diabète n'était pas produit par la lésion du plexus nerveux abdominal ; mais je veux vous faire remarquer ce détail, que l'ablation totale du pancréas est seule suivie du diabète. S'il reste un fragment de la glande, le syndrome ne se produit pas.

Ces belles expériences ont récemment été répétées par Arthaud et Butte, puis par Hédon, de Montpellier, qui ont obtenu les mêmes résultats.

Peut-on espérer plus éclatante confirmation de la réalité du diabète pancréatique ?

A côté de cela, si je tenais entre les mains le pancréas de notre malade obèse, je vous le montrerais intact, et cependant il y a du sucre dans ses urines.

Je ne veux pas insister plus longtemps, Messieurs, sur cette opposition des deux diabètes ; aussi bien les faits parlent d'eux-mêmes et vous en avez tiré le meilleur enseignement. Je veux encore cependant vous dire un mot de la marche, du pronostic et du traitement de ces deux maladies. Ici encore il y a opposition ; nos trois malades maigres sont dans des conditions bien fâcheuses ; leur affection ne dure guère que de deux à six ans ; notre gros homme, au contraire, glycosurique depuis des années, le restera longtemps encore, à moins qu'une affection intercurrente ne l'emporte ; car il est probable qu'il mourra de tout autre chose que de son diabète.

En effet les diabétiques de ce genre sont moins exposés que les autres aux accidents de la glycosurie, ce qui ne veut pas dire qu'ils y échappent toujours. Mais ce sont surtout les diabétiques poncréatiques qui succombent soit dans le coma, soit emportés par la gangrène pulmonaire. Ces malades n'ont rien à espérer du traitement, et surtout du régime quel qu'il soit Vous le voyez, le pronostic est sombre pour eux, tandis qu'il serait imprudent de condamner à brève échéance un diabétique gras.

Si vous avez parcouru les livres de thérapeutique, vous avez dû être frappés de la variété, de la contradiction même des médications proposées pour combattre *le diabète*. Les régimes sont toujours compliqués : les uns font boire, les autres privent d'eau ; les uns, ne visant pas la glycosurie, gavent les malades de viande et prescrivent toute substance susceptible de devenir du sucre dans l'économie ; les autres alimentent indifféremment leurs malades.

Vous vous rappelez ce que je vous ai dit dans ma dernière clinique de la nature de l'herpétisme et de la subordination de tous ses symptômes à l'état du système nerveux ; nous avons prononcé le mot de *névrose vaso-motrice et trophique*. L'étude du diabète gras vous confirme encore cette idée ; voyez comme la glycosurie subit des aggravations sous l'influence des contrariétés, des émotions, des préoccupations de tout genre ! Le bromure qu'on a tant préconisé contre le diabète et qu'on a administré à de fortes doses ne doit son action sur la glycosurie qu'à sa propriété sédative du système nerveux. C'est donc au système nerveux qu'il faut s'adresser si on veut traiter efficacement le diabète gras. Le repos d'abord ; l'absence de préoccupations, d'émotions ; les distractions ; puis tous les excitants de la nutrition, et en première ligne l'hydrothérapie, le massage et l'exercice musculaire ; il faut activer les combustions et les échanges organiques. Les alcalins sont très utiles ; à ce titre Vichy est recommandable, d'autant plus qu'une saison dans une ville d'eau constitue déjà un repos pour l'esprit.

Chez nos diabétiques maigres nous essayerons aussi d'exciter la nutrition ; mais nous ne leur recommanderons que les exercices passifs, comme les frictions, et encore n'attendrons-nous pas grand résultat de notre intervention. Faut-il leur interdire les amylacés ? Nous le ferons par routine, car nous ne connaissons pas encore l'influence de l'ingestion de tels aliments sur la quantité du sucre éliminée. Dans tous les cas nous pourrons essayer de suppléer à la fonction pancréatique absente en sollicitant les fonctions vicariantes des glandes salivaires et des glandes duodénales ; pour cela, nous donnerons de la pilocarpine ; c'est un essai que nous allons faire, et je ne puis ici que théoriquement en prévoir le résultat. Enfin nous ferons prendre à nos malades de la pancréatine puisqu'elle paraît nécessaire à la digestion et que l'économie n'en fabrique plus. Mais tout cela, vous le pensez bien, n'aura aucune influence sur la lésion du pancréas ; nous ne ferons guère que pallier faiblement les symptômes, et peut être retarderons-nous de quelques semaines, de quelques mois, la terminaison fatale.

PATHOLOGIE MÉDICALE

LA FIÈVRE DANS LA PNEUMONIE

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

(*Suite et fin*) (1).

IV

Les conditions qui font qu'une pneumonie reste bénigne ou devient grave, sont-elles passibles d'une explication physiologique ?

Alors qu'on assiste à la répétition d'un même fait, il ne nous

(1) Voir le numéro précédent.

semble pas interdit de chercher à le comprendre, de saisir la portée qui s'en dégage.

L'homme de science n'est pas condamné au rôle de spectateur éternel. Le tableau morbide est une pièce à l'interprétation de laquelle il a droit de prendre part.

Avec les tendances de la science actuelle, les bactériologistes se réservent le privilège de cette interprétation.

Sans doute, le clinicien qui ne peut donner à une maladie la précision d'une expérience de laboratoire, possède sur le bactériologiste une infériorité notoire, et c'est bien timidement qu'il réclame l'autorisation d'émettre son avis (1).

Pour cette question de la valeur pronostique du pouls et de la température, la réponse du clinicien n'aura pas la valeur d'une assertion formulée par son collègue en bactériologie.

Toutefois, si ce dernier le lui permet, voilà peut-être ce qu'il pourra dire :

En premier lieu, il n'est pas constant, le rapport qui unit le pouls à la température. Une température élevée ne veut pas dire pouls fréquent. Le pouls est lent dans la fièvre typhoïde. Une température basse ne signifie pas davantage pouls lent. Le pouls est très fréquent dans l'abaissement de température qui clôt souvent d'une manière fatale l'histoire d'une infection.

Chacun de ces deux phénomènes, pouls et température jouit d'une autonomie propre. S'ils s'associent souvent au cours d'une maladie (2), cette association est susceptible de rupture et chacun des phénomènes de fonctionner pour son compte, une fois la rupture effectuée.

L'auteur de cette rupture doit être recherché dans l'agent infectieux. Sa virulence à son summum d'intensité; qu'elle soit primitive ou qu'elle soit puisée dans l'affaiblissement de l'organisme, cette virulence paralyse les centres thermiques et le nerf vague. La température baisse, les battements du cœur sont faibles et rapides.

A virulence moindre, la température reste élevée et le cœur seul est touché et bat trop vite.

A virulence plus faible, la température reste toujours haute, mais le pouls est plus ou moins lent.

Enfin le minimum de la virulence semble réalisé dans les cas où avec un pouls lent, coïncide une température peu haute.

Donc pouls et températures sont deux témoins de l'infection, mais témoins à dépositions différentes.

Le pouls ne juge que de l'infection. La température indique en outre le degré de résistance de l'organisme.

Ces propositions nécessitent quelques développements.

Quand le pouls est-il lent? Dans les cas où la maladie est peu grave, où l'infection est peu forte.

Dans quelles circonstances est-il fréquent? Quand la maladie entre dans une période de gravité plus grande.

Cela veut dire, en physiologie pathologique, que, dans les cas d'infection peu accentuée, ou bien le nerf vague n'est pas touché; ou plutôt, si nous nous rappelons la forme pleine, vibrante du pouls pneumonique, nous nous souviendrons en même temps qu'une excitation légère du pneumogastrique augmente l'amplitude des pulsations cardiaques, et rattacher à cette excitation, l'état du pouls semblera rationnel. Mais outre l'amplitude, cette excitation détermine un ralentissement des battements cardiaques, et ce ralentissement pourra être assez marqué pour fixer l'attention. Nous avons publié une observation de pneumonie où avec un pouls de 70, coïncidait une température de 40° et où 40°8 n'amenaient pas plus de 82 pulsations. Sans doute, il s'agissait d'un vieillard de 66 ans, et chez les personnes âgées le pouls est moins fréquent; mais le rapport habituel chez ce malade était si peu observé entre la lenteur du pouls et la hauteur du tracé thermique que de toute évidence le ralentissement du premier de ces phénomènes était sous la dépendance d'une excitation du pneumogastrique.

Le poison pneumonique peut donc produire des effets semblables à ceux du poison typhique. Ces poisons agissent à la façon de la digitale qui ralentit le cœur par irritation de son centre nerveux modérateur (Bernheim).

Mais de même que la digitale à dose toxique provoque l'accélération du pouls, de même le poison pneumonique, à l'instar du poison typhique, détermine à haute dose l'accélération paralytique du cœur.

Le pouls devient fréquent, irrégulier, instable et représente un critérium à peu près infaillible du degré de l'infection. La tension artérielle s'abaisse; le cœur s'épuise et faiblit.

Tant que le cœur n'est pas lésé, tant qu'il peut faire face à cette accélération des battements sollicitée par la paralysie du centre nerveux modérateur, le malade a quelque chance de guérison. Les injections de caféine, en soutenant le cœur, seront d'une incontestable utilité. De plus, l'affaiblissement des vaisseaux jouant également un rôle dans l'accélération des battements cardiaques, on relèvera la tension artérielle abaissée au moyen des injections d'ergot et on augmentera ainsi la contractilité des vaisseaux amoindrie par le poison pneumonique. Huchard a longuement insisté sur ces indications à remplir; ceux qui les rempliront seront émerveillés des succès obtenus.

Bien différents seront les résultats de la thérapeutique dirigée contre l'hyperthermie.

M. A. Robin a démontré le non sens de la médication antipyrétique dans le traitement des états typhoïdes. Une telle médication dans la pneumonie a-t-elle chance de succès? Des médecins répondent par l'affirmative. Ils ne songent pas toujours que le pneumocoque est un organisme destiné à une mort rapide, que la pneumonie traitée par les moyens hygiéniques, tend naturellement vers la guérison, et qu'il est difficile de faire bénéficier de la thérapeutique la terminaison heureuse d'une maladie dans de semblables conditions. Qu'on nous montre une observation de pneumonie grave avec pouls faible et fréquent où les antipyrétiques à dose d'action ont sauvé un malade!

Certains médicaments classés parmi les antipyrétiques peuvent agir tout autrement qu'en abaissant la température.

A petites doses le sulfate de quinine active les oxydations, diminue la désintégration organique, relève la tension artérielle.

L'eau froide, prônée par quelques-uns, stimule le système nerveux, augmente les oxydations et la quantité d'urée excrétée.

Et ainsi pour d'autres médicaments encore.

De là des effets utiles qui n'ont rien à voir avec ceux qui résultent d'un abaissement de température.

Tout cela, M. A. Robin l'a établi d'une façon décisive de par l'immuabilité et la certitude mathématique de ses recherches chimiques.

La médication antipyrétique dans la pneumonie est loin d'avoir fait ses preuves; au contraire la médication qui vise la fréquence du pouls et l'état de la tension artérielle donne des résultats souvent surprenants.

(1) Nous en avons cité plusieurs exemples dans notre mémoire sur la pneumonie.

(2) Liebermeister conclut de ses observations qu'une élévation de 1 degré entraîne huit pulsations de plus à la minute, à une condition toutefois, que le pneumogastrique ne soit pas touché par l'agent infectieux.

Donc une première différence en matière thérapeutique sépare le ponls de la température.

Traiter le premier de ces phénomènes sera utile dans des circonstances déterminées.

S'en prendre à la température ne produira rien de bon.

Et ce résultat négatif s'expliquera aisément.

Que nous apprend la clinique?

Qu'il est inutile, pour ne pas dire plus, de chercher à abaisser la fièvre. Un malade jeune, fort, bien portant, a de hantes températures. Vieux, débile, usé, il a des températures basses.

Le premier guérit. Le second succombe. Si l'hyperthermie était dangereuse, ce serait le contraire que nous devrions observer.

Certains auteurs disent: : Oui, jusqu'à 40° 1/2, la fièvre n'est pas à craindre. Elle devient redoutable au-dessus de ce chiffre.

N'est-ce pas là une assertion émise un peu de chic (qu'on nous pardonne cette expression!)? Ces auteurs ont-ils observé des pneumonies à hautes températures?

Quant à nous, nous avons traité plusieurs pneumonies ayant de 41° à 41°,1/2 de chaleur fébrile. La mort ne s'en est pas suivie.

Dernièrement, à la Pitié, dans le service de M. A. Robin, un jeune homme avec pneumonie double d'emblée, présente 41°,4 de température et les élèves de conclure à la gravité du cas. La défervescence s'est opérée le 5e jour. Il est, certes, des observations où malgré de hautes températures, le malade succombe.

La chose est facile à comprendre. La température fébrile semble mesurer en majeure partie la résistance de l'organisme contre l'infection. C'est le moyen de défense; mais l'infection, outre son action sur les centres d'innervation cardiaque, détermine des lésions du myocarde, d'autres organes encore. Précédemment nous avons vu la gravité de la pneumonie dans les cas d'altération ancienne du cœur; la gravité apparaîtra encore quand cette altération sera récente et le fait de l'infection.

N'oublions pas que ce n'est pas la fièvre qui aura produit cette altération. C'est l'infection qui est chose toute distincte.

S'il y a lésion grave, c'est que l'infection est plus forte que la fièvre; c'est que l'attaque a triomphé de la résistance. Le moyen de défense n'a pas été à la hauteur de sa tâche.

« La réaction, dit Cantani (1), si intense soit-elle, a été insuffisante pour détruire et éliminer ce microbe. »

On sait que des expérimentateurs, en soumettant certains animaux à une élévation considérable et suffisamment prolongée de la température, avaient trouvé à l'autopsie des dégénérescences de différents organes.

Il n'en a pas fallu d'avantage à Liebermeister pour conclure de l'animal sain à l'homme malade, et admettre que nombre d'altérations des parenchymes survenues à la suite des maladies fébriles étaient sons la dépendance d'une température élevée.

Or, déjà en 1877, Lereboullet (2) combattait cette manière de voir.

« Dans la fièvre typhoïde, disait ce médecin fort distingué, il arrive bien fréquemment que malgré l'intensité et la durée du mouvement fébrile, le foie ne présente nullement les altérations que Liebermeister considère comme caractéristiques de l'état fébrile; celles-ci, par contre, s'observent assez fréquemment dans des cas où la maladie s'est terminée rapidement ou n'a présenté qu'une température relativement peu chaude. »

En dépit de ces objections, la théorie de Liebermeister a fait fortune.

Il a suffi de quelques expériences sur des animaux sains pour échafauder toute une doctrine thérapeutique et écarter comme non avenus les démentis journaliers apportés par la clinique.

On a fait de l'hyperthermie l'ennemi à terrasser et dernièrement encore on arrivait à ce résultat merveilleux : grâce au concours de l'antipyrine et de l'acide phénique, à tuer les malades sans fièvre.

Ils mouraient suivant les règles. Que l'on se moque, tant qu'on voudra, de l'exclusivisme têtu de Broussais. La seconde moitié du siècle n'aura rien à envier à la première. La méthode antipyrétique à outrance aura fait autant de victimes que les saignées répétées.

A ceux qui considèrent l'hyperthermie dans la pneumonie comme funeste, un médecin a jadis répondu : Pensez tout le contraire et vous aurez raison.

Ce médecin, c'était Hippocrate.

(1) Congrès de Berlin, *Semaine médicale*, 17 août 1890.

(2) *Dict. encyclop. des Sc. méd.*, IVe liv., t. II, art. FIÈVRE, p. 140.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

COMMENTAIRE DE LA NOUVELLE LOI SUR L'EXERCICE DE LA MÉDECINE

Projet discuté et adopté par la Chambre des députés, dans ses séances des 17 *et* 19 *mars* 1891. (*Journal Officiel* des 18 et 20 mars 1891).

par le Dr F. de Ranse
et A. Léchopié, avocat à la Cour de Paris.

(*Suite et fin*) (1).

ARTICLE 34

La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine peuvent être prononcées accessoirement à la peine principale contre tout médecin, officier de santé, dentiste autorisé ou sage-femme, qui est condamné :

1° A une peine afflictive ou infamante ;

2° A une peine correctionnelle prononcée pour crime de faux, pour vol et escroquerie, pour crimes ou délits prévus par les articles 316, 317, 331, 332, 334 et 345 du Code pénal;

3° A une peine correctionnelle prononcée par une cour d'assises pour les faits qualifiés crimes par la loi.

En aucun cas, la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine n'est applicable aux crimes ou délits politiques.

Cet article appartenait au projet du gouvernement. Le rétablissement en a été demandé devant la Chambre et la Commission l'a accepté.

A ce sujet, on lit dans le rapport de la Commission : « La question de l'incapacité temporaire ou absolue a trouvé peu de crédit dans la Commission. Les informations qu'elle a prises l'ont confirmée dans ce sentiment... Condamner les indignes à faire de la médecine occulte, n'est-ce point plus dangereux que de les considérer comme ayant payé leur dette par le châtiment et récupéré le droit d'exercer leur profession? Les articles du gouvernement et les propositions portant la suspension temporaire ou déclarant l'incapacité absolue ont été éliminés par la Commission. »

A la Chambre M. Brouardel, comme commissaire du gouvernement, a fait la déclaration suivante : « ..... Il est arrivé

(1) Voir les numéros 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 27, 29, 31 et 33.

parfois que des médecins ont commis nn crime dans l'exercice de leur profession : avortement, viol, etc... La Commission et le Gouvernement estiment que, quand nn homme a ainsi gravement trahi la confiance d'une famille, il est indigne d'être protégé. Nous demandons le rétablissement d'un article qui vise les crimes professionnels. »

C'est sur cette simple observation que l'article 34 a été rétabli et voté ; on voit, à sa seule lecture, qu'il ne s'agit pas uniquement de crimes et particulièrement de crimes professionnels, comme l'a dit M. Brouardel. Il vise tous les crimes, quels qu'ils soient, à l'exception cependant des crimes politiques, c'est-à-dire toutes les condamnations prononcées par les cours d'assises, à part celles entraînant le bannissement et la dégradation civique qui ne constituent que des peines infamantes seulement. De plus il s'applique à un grand nombre de délits de droit commun qui n'ont aucun caractère professionnel, tels que le vol et l'escroquerie. Quant à la peine correctionnelle prononcée pour crime de faux, dont parle le 2e de l'article 34, nous ne voyons vraiment pas à quoi il est fait allusion, surtout en présence des termes du 3e qui prévoit le cas d'une simple peine correctionnelle prononcée par nne conr d'assises, pour faits qualifiés crimes par la loi, par suite d'application des circonstances atténuantes. A ce snjet même, il importe de relever ces expressions vicieuses du texte : « pour *les* faits qualifiés crimes par la loi ». Il serait préférable de supprimer l'article *les*.

Quant aux articles spécialement cités par l'article 34, quelques-uns constituant des crimes, il y a là une répétition bien inutile. L'article 316 vise le crime de castration, l'article 317 vise le crime d'avortement et le délit d'administration de substances nuisibles, les articles 331 et 332 les crimes d'attentat à la pudeur et de viol, l'article 334 vise le délit d'excitation habituelle de mineurs à la débauche, enfin l'article 345 concerne les crime et délit d'enlèvement, suppression, substitution ou supposition d'enfant. On voit que, même parmi les articles spécialement cités, plusieurs n'ont pas trait direct à l'exercice de la profession. On ne voit même pas bien pour quoi certain d'entre eux que l'on a pu relever contre les médecins et sages-femmes, le seraient vis-à-vis des dentistes, comme, par exemple l'article 345, sur la suppression d'enfant.

Nous entendons que les gens condamnés pour crimes, et même pour un grand nombre de délits, ne sont pas bien intéressants. Cependant la disposition nouvelle qne tout le monde n'admettait point, ne va-t-elle pas un pen loin, ne peut-elle même, le cas échéant, grâce à certaines interprétations et à l'élasticité de certains délits, présenter un véritable danger? N'aurait-il point fallu au moins, montrer plus de discernement dans le choix des infractions donnant lieu à la faculté de suspension ou d'interdiction réservée aux tribunaux? Ne suffirait-il pas, à peu près, de se restreindre à celles qui constituent un véritable, manifeste et dangereux abus d'exercice de la profession, en un mot aux crimes ou délits qui n'ont pu être commis que dans l'exercice même de la profession ou que cet exercice facilite.

Ainsi ne pourrait-on aller jusqu'à dire à un médecin qu'en faisant des annonces mensongères, ou en promettant des guérisons impossibles, il a commis le délit d'escroquerie et lui retirer, de la sorte, pour toujours, le bénéfice des grades qu'il a cependant conquis? Avec un peu de bonne volonté, il sera toujours possible d'arriver à un pareil résultat.

Certes, il n'y a là qu'un pouvoir facultatif pour les tribunaux et l'on peut dire qn'ils en useront avec mansuétude et discernement, mais il n'y faut pas compter outre mesure.

A un autre point de vue, on peut encore se demander quel moyen restera. pour se réhabiliter et vivre, au malheureux qui anra payé sa dette à la société et sera repentant, si son seul moyen d'existence lui est ainsi ravi.

Quoi qu'il en soit, ceux qui exercent l'art de guérir vont se tronver doublement punis et plus sévèrement traités que dans aucune autre profession.

On a parlé, il est vrai, en ce qui les concerne, de l'établissement d'nn monopole qui doit comporter ses charges. A coup sûr, mais il ne faut cependant point risquer de dépasser la mesure. Les faits dont il s'agit sont en somme fort rares dans le corps médical et, de plus, il s'agit bien plus de conditions de capacité sagement imposées que de la création d'un véritable monopole, puisque. qui veut, peut exercer la médecine, pourvu qu'il remplisse ces conditions.

Il est à remarquer que l'article 34 s'applique même anx dentistes. Mais qu'entendre par ces mots « dentiste autorisé »? Nons croyons qu'ils comprennent tous les dentistes, même ceux transitoirement maintenus.

ARTICLE 35

L'exercice de la médecine par les personnes contre lesquelles a été prononcée la suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine, dans les conditions spécifiées à l'article précédent, tombe sous le coup des articles 22, 23, 24, 25 et 26 de la présente loi.

Cet article, comme le précédent, a été emprunté au projet dn gouvernement. Aussi les articles qu'il vise ne concordent plus convenablement avec ceux de la loi nouvelle qui ne porte pas le même nnmérotage. En se référant au projet du gouvernement, on constate que ses articles 22, 23, 24, 25 et 26 correspondent aux articles 23, 24, 25 et 29 de la loi nouvelle. Là encore, il y aura donc une rectification à opérer. On voit que, malgré leurs diplômes, ceux qui auront été frappés de suspension ou d'interdiction pourront être poursuivis, même pour usurpation de titre.

Maintenant que notre commentaire est terminé, que faut-il penser de la loi nouvelle?

Nous en pensons qu'elle ne deviendra possible que le jour où le Sénat aura effectué la plupart des rectifications que nous avons indiquées.

Alors que la loi de ventôse comptait 36 articles, celle-ci n'en compte que 35; mais le chapitre des pénalités s'est singulièrement enrichi. Alors qu'il n'avait que deux articles dans la loi de ventôse, il en a quinze dans celle-ci, dont trois créent des délits nouveaux spéciaux aux hommes de l'art, sans compter la suspension et l'interdiction. On voit, à ce point de vue, le corps médical ne gagnera rien, et il est à craindre qu'avec cette multiplicité de delits exclusivement professionnels, peu de gens, dans un avenir rapprocbé, aient leur casier judiciaire plus garni que les médecins.

Enfin nous attendons la discussion du Sénat et les cinq règlements d'administration publique que nous promet encore le législateur.

Toute autre appréciation serait superflue, après ce que nous avons déjà dit.

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN

I. — SUR LA GASTRO-ENTÉROSTOMIE, par le prof. HAHN, de Berlin. (*Deutsche mediçin. Wochenschrift*, 1891. N° 30, p. 913.)

II. — SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE RÉSECTION DE L'ESTOMAC AVEC

GASTRODUODÉNOSTOMIE CONSÉCUTIVE, par le prof. KOCHER, de Berne. (Supplément au *Centralblatt für Chirurgie*, 1891. N° 26, p. 117.)

III. — CONTRIBUTION A LA CHIRURGIE DE L'ESTOMAC, par le Dr C. LAUENSTEIN. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1891. N° 34, p. 1005.)

IV. — MÉPRISE DANS LE COURS D'UNE GASTRO-ENTÉROSTOTOMIE (LE CÆCUM PRIS POUR LE DUODÉNUM), par le Dr H. OBALINSKI. (*Nowy lekarskie*, novembre 1890.)

V. — CURETTAGE DANS LES CAS DE CANCER DE L'ESTOMAC, par le Dr BERNAY. (*Saint-Louis clinique of physicians and surgeons*, juin 1890, p. 372.)

La gastro-entérostomie a été pratiquée pour la première fois en 1881, par Wœlfler : l'estomac fut raccordé à une anse du jéjunum, distante de 40 centim. du pylore. Cette opération était destinée à remplacer la résection du pylore, introduite dans la pratique chirurgicale par Billroth, et qui n'avait pas donné des résultats bien brillants. Or, il se fit voir bientôt qu'au point de vue de la mortalité post-opératoire, la gastro-entérostomie n'avait rien à envier à la simple résection du pylore. Dès 1887, Rockwitz (*Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, t. XXV, fasc. 6, p. 502), publiait une statistique de 21 gastro-entérostomies pratiquées par différents chirurgiens (17 fois pour remédier à un rétrécissement carcinomateux du pylore, 4 fois pour remédier à un rétrécissement cicatriciel; 12 opérés sont morts et la plupart (11) des suites immédiates de l'opération. A cette statistique, Rockwitz ajoutait celle des cas opérés par Lücke, à la clinique chirurgicale de Strasbourg, et qui se chiffrait par 8 gastro-entérostomies dont une seule terminée par la mort.

Pour expliquer les résultats relativement si défavorables accusés par la première statistique, Rockwitz et Lücke invoquent deux circonstances : c'est d'abord qu'avant de pratiquer la gastro-entérostomie, les opérateurs en cause avaient tenté une simple résection du pylore; c'est qu'ensuite ils ne s'étaient pas astreints à raccorder l'estomac à une anse d'intestin située à 40 ou 50 centimètres du pylore, ils avaient pris la première anse intestinale venue, qu'ils avaient pu saisir avec deux doigts introduits dans le petit bassin.

A cela, le professeur Hahn vient répondre que ces erreurs de technique n'ont pas été commises par lui, et que néanmoins sur 11 cas de gastro-entérostomies qu'il a opérés, 6 se sont terminés par la mort. Hahn pense que les résultats si favorables obtenus par Lücke s'expliquent par l'âge relativement jeune des sujets qu'il a opérés. Aucun de ceux-ci n'avait dépassé la cinquantaine. Il en était de même chez les 5 sujets opérés par Hahn et qui ont guéri, tandis que des 6 autres, 4 avaient dépassé l'âge de 50 ans, et deux approchaient de cet âge.

Voici, d'autre part, les renseignements que fournit Hahn touchant les causes de mort chez ses opérés : 4 d'entre eux sont morts dans le collapsus, avant que vingt-quatre heures se fussent écoulées; il n'y a eu de péritonite dans aucun de ces cas. Chez un cinquième patient, il y avait, à n'en pas douter, un foyer de péritonite; dans le voisinage de la suture, on a déconvert sur l'intestin un petit foyer de nécrose. En pressant un peu sur ce point, il s'est échappé à ce niveau un peu de contenu de l'estomac; on a trouvé également de ce contenu dans la cavité abdominale. Chez le sixième opéré qui a succombé, l'existence d'une péritonite était vraisemblable; l'autopsie n'a pas eu lieu.

Des 5 sujets qui ont guéri, l'un, qui avait été opéré en 1885, à l'âge de 45 ans, a succombé à une attaque d'apoplexie en 1889. Dans l'intervalle, il s'était réjoui d'une excellente santé; son poids corporel avait augmenté de 50 livres. Un autre, chez lequel il s'agissait d'un rétrécissement non carcinomateux, est définitivement guéri. Un troisième sujet a succombé un an après l'opération, et deux autres au bout de quelques mois ou semaines.

— Pour compléter ces données statistiques, il y a lieu de rappeler qu'au XVIIIe Congrès de la Société allemande de chirurgie, Angerer, dans une communication sur le diagnostic et les indications opératoires des rétrécissements du pylore, a mentionné que sur 6 cas de gastro-entérostomie opérés par lui, 3 se sont terminés par la mort dans les premiers jours qui ont suivi l'opération et 2 au bout de quelques semaines; le sixième opéré était encore en vie plusieurs mois après l'opération, et il avait pu reprendre ses occupations de maçon, mais il se plaignait beaucoup de coliques.

A cette même occasion, Lauenstein a communiqué sommairement sa statistique personnelle, qui se chiffre par 9 gastro-entérostomies : 2 sujets ont succombé aux suites de l'opération; les autres ont survécu plus ou moins longtemps, sans accidents consécutifs.

Fritsche (*Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, 1888, n° 15) a publié 2 cas de gastro-entérostomie, opérés à l'hôpital de Glaris et terminés par guérison (dans un de ces cas, il s'agissait d'une rétraction cicatricielle du pylore).

Krönlein (*Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, 1888, n° 10) a publié un cas de gastro-entérostomie consécutive à une pylorectomie, et Tuholsk (*Medical News*, 10 mai 1890) un cas de gastro-entérostomie avec pylorectomie consécutive. Les deux opérés sont morts le lendemain de l'opération.

II. — M. Kocher a introduit dans la technique de la gastro-entérostomie une modification qui consiste essentiellement en ceci : l'intestin n'est pas incisé dans le sens longitudinal mais dans le sens transversal, suivant sa convexité; les lèvres de cette incision sont ensuite soudées aux lèvres de l'incision longitudinale pratiquée dans la paroi antérieure de l'estomac, de telle sorte que seule la lèvre faisant partie du segment inférieur de l'intestin est fixée directement à la lèvre correspondante de l'incision stomacale; la lèvre du segment supérieur de l'intestin est au contraire fixée à la paroi stomacale, à deux centimètres du bord correspondant de la plaie de l'estomac. On forme ainsi une sorte de clapet, qui assure l'écoulement du contenu de l'estomac dans le segment inférieur de l'intestin. Dans trois cas, Kocher a établi une communication directe entre l'estomac et le duodénum, voire que dans deux de ces cas l'incision stomacale a été pratiquée dans la paroi postérieure de l'estomac, ce qui a l'avantage d'exposer le duodénum à moins de tiraillements. Mais encore faut-il qu'on ait libre accès pour pouvoir fixer la section du duodénum sur tout son pourtour à la plaie de l'estomac, au moyen d'une rangée continue de sutures. Ce procédé de gastroduodénostomie a été mis en pratique pour la première fois par Kocher au mois de février 1890. Son exécution est rendue beaucoup plus facile, lorsqu'à l'exemple de ce que Kummer a fait pour la résection de l'intestin, on prend soin de détacher la muqueuse de l'estomac des tuniques sous-jacentes, avant de sectionner l'organe. En procédant ainsi, on réussit à enlever très exactement le foyer cancéreux. Dans un cas Kocher, après avoir disséqué la séreuse et la muqueuse, a pu appliquer très facilement deux ligatures sur le boyau formé par la muqueuse de l'estomac isolée de la sorte, et il a évité ainsi d'ouvrir la poche stomacale. Ce détail a son importance dans les cas de cancer ulcéré de l'estomac, où, malgré les lavages antiseptiques les plus mi-

nutiens, on n'est jamais certain de ne pas provoquer une infection secondaire au moment où on ouvre l'estomac cancéreux. A noter que les trois sujets opérés par Kocher suivant ce procédé de gastro-duodénostomie ont guéri. Deux autres patients, qui ont subi la gastrojéjunostomie, sont morts de complications qui ne sont point imputables au procédé opératoire (gangrène du côlon, perforation intestinale).

III. — Lauenstein a présenté à la Société médicale de Hambourg les pièces anatomiques relatives à quatre cas d'opérations sur l'estomac, terminés par la mort. Voici les particularités qui méritent d'être signalées à propos de ces quatre cas.

N° 1. — Femme de 65 ans, qui depuis quatre mois éprouvait une certaine gêne de la déglutition. Les aliments solides, après avoir été déglutis, lui revenaient dans la bouche entourés de mucus, sans goût acide. Douleurs violentes dans la région de l'estomac, épigastre déprimé, douloureux à la pression. Capacité de l'estomac inférieure à la normale. Au-dessous de l'appendice xyphoïde on percevait à l'auscultation un bruit de souffle systolique, synchrone au pouls radial. Le cathétérisme a fait constater un rétrécissement de l'œsophage à 42 centimètres des arcades dentaires. Quelques jours après son entrée à l'hôpital, la malade rendit par le fondement une grande quantité de sang noir caillé. Puis il lui devint impossible d'avaler des aliments solides. Elle se décida à une opération. Après ouverture de la cavité abdominale, on découvre dans la région du cardia une tumeur du volume d'un poing, située au-dessous du diaphragme. Etablissement d'une fistule stomacale. La malade succomba quelques heures après l'opération.

A l'autopsie on a trouvé une tumeur cancéreuse dure, du volume d'un poing, partant du cardia, ayant envahi la moitié supérieure de l'estomac ainsi que la rate, faisant saillie dans la cavité stomacale; œsophage très dilaté. Un peu de liquide louche dans la cavité abdominale. Pas de foyers métastatiques M. Lauenstein pense que le dénouement fatal eût été moins rapide si la malade s'était résignée plus tôt à une opération.

N° 2. — Homme de 59 ans, malade depuis six mois. Depuis cinq semaines on ne pouvait plus l'alimenter qu'à travers une sonde. Rétrécissement de l'œsophage, situé à 41 centimètres des arcades dentaires. On décide de pratiquer une fistule suivant le procédé de Hahn, à travers le huitième espace intercostal. Une fois la paroi abdominale incisée, il fut impossible d'amener une portion quelconque de la paroi antérieure de l'estomac, au niveau de l'incision. On referma celle-ci et on fixa l'estomac aux lèvres d'une incision supplémentaire pratiquée parallèlement et à un travers de doigt du rebord des fausses côtes. Une petite ouverture fut pratiquée dans la paroi de l'estomac, et on la boucha avec un tube en caoutchouc muni d'un robinet, le tout recouvert d'un tampon. Or, il fut impossible d'alimenter le malade par cette voie, et la fistule donnait issue à des liquides alimentaires et au produit de sécrétion de l'estomac. Une tentative faite pour introduire un long tube en caoutchouc à travers la fistule jusque dans le duodénum aboutit, mais n'améliora pas la situation du malade, qui succomba dans le marasme.

Autopsie : Carcinome volumineux du cardia, avec nodosités jusque dans le voisinage du pylore. Abcès enkysté, entre le diaphragme et le foie.

En se basant sur ces faits l'auteur a pris la résolution de s'abstenir désormais de la gastrotomie, dans les cas de rétrécissement carcinomateux du cardia, et de se borner dans ces cas, à prolonger l'existence des malades en les alimentant par la voie rectale.

N° 3. — Homme de 57 ans, qui souffrait de l'estomac depuis l'âge de 25 ans, s'était attiré un rétrécissement du pylore, en absorbant (janvier 1890) un acide dans l'intention de se suicider. Estomac dilaté, pas d'acide chlorhydrique, dans le produit de sécrétion de l'estomac, mais de l'acide lactique, de l'acide acétique et de l'acide butyrique. Le lavage de l'estomac ne procure au malade qu'un soulagement passager; une opération est décidée : incision des téguments abdominaux sur la ligne médiane, depuis l'appendice xyphoïde, jusqu'à l'ombilic. La portion pylorique de l'estomac était fortement rétrécie; dépression cicatricielle au niveau de la grande courbure. Le pylore fut agrandi par voie plastique, suivant le procédé Heineke-Mikulicz ; c'est-à-dire qu'on incisa longitudinalement cette portion de l'estomac sur une longueur de 6 centimètres, intéressant l'anneau du pylore et la partie initiale du duodénum. Puis, au moyen de six ligatures on maintint l'incision écartée dans le sens transversal, et on l'oblitéra au moyen de trois autres points de suture. L'opération, qui dura cinquante minutes, fut bien supportée par le patient, qui se trouva débarrassé des accidents en rapport avec son rétrécissement pylorique. Depuis lors, il s'est suicidé. A l'autopsie, on a constaté que le pylore livrait passage à l'index ; sur la petite courbure se voyait une cicatrice radiée, au niveau de laquelle un ulcère de 6 centimètres de long et de 3 à 4 centimètres de large occupait la face interne de l'estomac.

Ce fait démontre une fois de plus que l'absence d'acide chlorhydrique dans le produit de sécrétion de l'estomac n'est pas caractéristique de l'existence d'un cancer de l'estomac. Il est à remarquer aussi dans quelle faible mesure une incision de 6 centimètres de long a remédié au rétrécissement du pylore. Enfin à propos du vaste ulcère qu'on a trouvé dans ce cas, l'auteur a insisté sur la difficulté de savoir si un ulcère de l'estomac est cicatrisé, d'après les seuls résultats de la palpation.

N° 4. — Homme de 37 ans, qui souffrait de l'estomac depuis l'âge de 20 ans ; il présentait les symptômes d'un rétrécissement du pylore. L'estomac était dilaté ; son produit de sécrétion renfermait de l'acide chlorhydrique. Après ouverture de la cavité abdominale, on trouva la portion initiale du duodénum fortement rétrécie; l'anneau pylorique était dilaté. L'opérateur se décida à établir une gastro-entérostomie. L'opération fut suivie d'une période d'amélioration. Puis le malade fut repris d'anorexie et de diarrhée lientérique et il succomba d'épuisement.

L'autopsie a fait voir que, contrairement à ce que l'on supposait, l'estomac avait été raccordé à la partie inférieure de l'iléon, tout près de la valvule iléo-cæcale. M. Lauenstein conclut qu'on ne saurait mettre trop de soin à s'assurer qu'on tient une anse de la partie supérieure du jéjunum, lorsqu'on se propose de pratiquer la gastro-entérostomie.

IV.—Obalinski relate un fait analogue à celui qui vient d'être mentionné, et qu'il croyait être unique en son genre. Ce fait concerne une femme de 40 ans, affectée d'un cancer de l'estomac, et qui s'était résignée à subir la gastro-entérostomie. Une fois la cavité abdominale ouverte, on tomba sur de vastes adhérences qui reliaient entre eux l'estomac, l'intestin, le foie et l'épiploon. On se mit à la recherche du duodénum, et on pratiqua une fistule sur une portion d'anse intestinale située 30 centimètres plus bas, pour, ensuite, la mettre en communication avec une fistule pratiquée dans l'estomac. Les suites immédiates de l'opération furent bénignes, mais dans la nuit du douzième jour qui suivit, la femme succomba dans le collapsus.

A l'autopsie, on acquit la preuve que ce qu'on avait pris pour le duodénum était en réalité le cæcum, et que, par suite

on avait mis l'estomac en communication avec la portion terminale de l'intestin grêle.

V. — Dans des cas de cancer de l'estomac, Bernay, après avoir incisé la paroi abdominale et l'estomac, a procédé au curettage de la surface malade. Dans un cas dont l'auteur donne la relation détaillée, le carcinome avait des dimensions telles qu'il eût été impossible de pratiquer la résection du pylore; d'autre part, le chirurgien de Saint-Louis n'est point partisan de la gastro-entérostomie, qui, selon lui, a donné des résultats peu favorables. Dans le cas en question, pour pouvoir curetter en toute facilité la surface du carcinome, il a fallu donner à l'incision de la paroi stomacale une longueur de 14 centimètres. Le patient a résisté aux suites de l'opération, dont les résultats, au dire de l'auteur, ont été très satisfaisants.

(*A suivre*). E. Ricklin.

BULLETIN

La nature parasitaire du cancer.

Rien de ce qui touche à l'histoire du cancer ne saurait nous laisser indifférents et nous devons prendre note de tous les travaux qui ont pour but de résoudre les questions encore nombreuses que soulève l'étude de cette grande maladie. Au nombre de ces questions, celle de l'origine et de la nature des néoplasies désignées sous le nom général de cancer est certainement la première par ordre d'importance : elle semble avoir fait un grand pas dans ces derniers temps et on pourrait la croire bien près d'être résolue, si l'on s'en rapportait aux affirmations prématurées de quelques observateurs, aux tentatives audacieuses de quelques autres, et aux espérances hautement formulées qui se sont fait jour à plusieurs reprises dans la presse médicale. Déjà l'an dernier, dans ce même journal, nous avons rendu compte des expériences de M. Poucel, de Marseille, qui a cherché à modifier des tumeurs du sein par des injections interstitielles de substances parasiticides et qui paraît avoir obtenu par ce moyen des résultats extrêmement encourageants. Un semblable essai était légitime et il pouvait se justifier à la fois par la clinique et par l'expérimentation qui fournissent toutes deux des arguments à l'appui de l'origine infectieuse des tumeurs cancéreuses.

Dans le même ordre d'idées se placent certaines tentatives récentes d'inoculation du cancer chez l'homme, tentatives dont la tribune académique a été saisie et qui ont occupé passionnément l'opinion publique durant quelques semaines. Mais l'acte dont il s'agit ici intéresse trop profondément la conscience médicale et soulève un point de déontologie professionnelle trop délicat pour que l'on ne soit pas tenu, en ce qui le concerne, à une très grande réserve d'appréciation.

Mais l'expérimentation n'avait pas attendu cette application un peu téméraire, et de toutes parts on a signalé des recherches poursuivies dans le but d'établir définitivement la transmissibilité du cancer et de le greffer sur un autre organisme que celui où il est né spontanément. Les résultats de ces expériences ont été constamment négatifs en ce qui concerne la transmission de l'homme aux animaux, un peu plus positifs, sinon tout à fait affirmatifs, pour la transmissibilité des espèces animales aux autres espèces. Il n'en fallait pas davantage pour autoriser les espérances et pour faire entrevoir dans un avenir prochain l'application de ces faits de laboratoire à la clinique et à la thérapeutique chirurgicale. La question a pris ainsi une grande importance et l'on s'explique aisément que le Congrès de Londres l'ait inscrit au nombre de celles qui devaient tenir le premier rang dans ses préoccupations.

Les communications faites à ce Congrès ont visé particulièrement la démonstration histologique et bactériologique de l'origine parasitaire des cancers. D'après les résultats annoncés, il ne semble pas que les auteurs de ces importantes recherches aient obtenu encore la preuve désirable, la preuve décisive. Ainsi deux observateurs anglais, MM. Shattock et Ballance, déclarent s'être efforcés vainement de séparer par les cultures un organisme spécifique des tumeurs dites *malignes*. Les ensemencements pratiqués à plusieurs reprises, dans des milieux particulièrement favorables à ce genre de culture, sont restés entre leurs mains constamment stériles. Mêmes résultats à la suite des essais de transplantation, chez des animaux, de tissus néoplasiques vivants (sarcome et cancer), prélevés sur l'homme.

Dans cette dernière série d'expériences, les auteurs ont presque toujours constaté la résorption des fragments inoculés, où tout au moins la nécrose de ces fragments par coagulation, avec production d'une zone inflammatoire ambiante dans les tissus de l'animal inoculé.

Pareillement M. Sheridan Delépine reconnaît avoir échoué dans ses recherches qui avaient pour but de constater la présence dans les tumeurs épithéliales des corps psorospermiques rencontrés par Darier dans la *maladie de Paget*, affection très voisine du cancer. Les éléments que M. Shéridan a rencontrés ne lui ont paru offrir avec les psorospermies qu'une simple ressemblance morphologique. De là à une identité complète il y a loin et on n'est pas en droit de proclamer cette identité, d'après une similitude de formes purement extérieure. Aussi la conclusion de l'honorable observateur britannique est-elle restée négative en ce qui concerne le sens à tirer de ses recherches.

Une conclusion non moins rigoureuse se dégage des travaux de MM. Duplay et Cazin qui ont voulu, à leur tour, déterminer exactement la nature des *coccidies*, ces corps réputés d'origine parasitaire que l'on a rencontrés dans nombre de tumeurs épithéliales. Ces deux observateurs n'ont reconnu dans les tissus examinés par eux aucun des traits caractéristiques de l'évolution des coccidies, évolution qui comprend une période d'accroissement et une période de reproduction. Leur conclusion est même doublement négative, car elle tend à mettre en doute à la fois la nature parasitaire des corps qu'ils ont rencontrés et l'identité de ceux-ci avec les coccidies. De même pour les corps *à fuchsine*, dans lesquels M. Russell a cru trouver des parasites caractéristiques du cancer : MM. Duplay et Cazin contestent absolument l'origine parasitaire de ces éléments qui ne seraient autres que des produits de dégénérescence hyaline semblables à ceux que l'on peut retrouver à certaine phase de l'évolution de beaucoup de tumeurs. M. Cazin vient précisément de reprendre cette question dans une revue générale publiée par la *Semaine médicale*. Dans ce travail, il affirme à nouveau ses doutes relativement à la nature parasitaire des éléments aperçus au sein des cancers épithéliaux, en invoquant à titre d'argument principal l'absence de multiplication de ces éléments, laquelle a pour corollaire l'absence des formes de reproduction que l'on devrait y rencontrer, si le développement et l'accroissement des tumeurs étaient réellement liés à cette multiplication. Il y a là, dit M. Cazin, une lacune importante à laquelle on ne peut remédier qu'en faisant intervenir des explications qui ne sont elles-mêmes que de pures hypothèses. N'est-ce

pas reconnaître par là même, que la question reste entière et que la démonstration cherchée est encore à fournir?

Ainsi, la doctrine de la nature parasitaire du cancer attend aujourd'hui encore la preuve morphologique indispensable, celle que les faits expérimentaux eux-mêmes ne sauraient prétendre à suppléer. C'est là vraiment une conclusion peu encourageante, après tant de recherches ; mais il ne faudrait toutefois pas la prendre dans un sens exclusivement négatif et croire le débat clos définitivement, sous prétexte que jusqu'à ce jour il n'a pu aboutir. La question engagée autorise de trop légitimes espérances et la solution affirmative de cette question intéresse trop la chirurgie de l'avenir pour que l'on doive renoncer désormais à des recherches dont la non-réussite tient peut-être à une cause passagère et momentanée, comme l'insuffisance des moyens de préparation usités à l'heure actuelle. Il peut arriver prochainement que la découverte d'une technique meilleure et de méthodes colorantes plus puissantes vienne apporter les moyens nécessaires à la démonstration qui a fait défaut jusqu'à présent. Pour justifier cette dernière réflexion, on pourrait opportunément rappeler ici les phases par lesquelles a passé l'évolution de nos connaissances relatives à la tuberculose. Depuis longtemps, M. Villemin avait fourni la preuve expérimentale de la nature infectieuse et contagieuse de cette maladie, quand l'observateur Koch, grâce à des procédés de coloration spéciaux, réalisa la découverte du bacille spécifique recherché depuis longtemps, et vainement, par tant d'autres. Il est permis de croire que pareille surprise nous est réservée en ce qui concerne le cancer et on peut espérer que la génération actuelle sera appelée à profiter d'une découverte qui ne sera pas une des moins fécondes parmi toutes celles dont nous aura doté un siècle qualifié à juste titre « de siècle des merveilles ».

P. Muselier.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Présidence de M. Brouardel.

Le Comité consultatif d'hygiène publique de France s'est réuni au ministère de l'intérieur. M. Brouardel l'a entretenu des communications qui ont été faites au congrès d'hygiène publique de Londres.

Puis M. Brouardel a fait succinctement connaître la situation sanitaire à l'étranger, au point de vue de l'épidémie cholérique an Hedjaz et en Syrie.

Le retour des pèlerins du Hedjaz continue à s'effectuer dans des conditions satisfaisantes. Il n'y a aucun incident à signaler.

En Syrie, la situation reste stationnaire.

Le comité consultatif a donné ensuite un avis favorable à l'exécution d'un projet d'assainissement de la ville d'Aix-les-Bains (Savoie) comportant la construction d'un réseau d'égouts.

Il a examiné, en outre, une série de projets d'amenées d'eau intéressant l'alimentation des communes d'Aubin (Aveyron), La Garde-Adhémar (Drôme), Bolbigny (Loire), Gilley et Aprey (Haute-Marne), Magny-Jobert (Haute-Saône), Xaffevillers (Vosges) et Donnecy-sur-Cure (Yonne).

— Le conseil général des Hautes-Pyrénées a émis un vœu en faveur de la création : 1° d'une chaire d'hydrologie à la Faculté de médecine de Toulouse ; 2° d'un sanatorium pour les enfants rachitiques à Baréges et à Arcachon.

— Le conseil général des Landes a décidé que la somme de 45,000 fr., attribuée au département par le ministre de l'intérieur sur les prélèvements du pari mutuel, serait convertie en un titre de rente dont les intérêts serviront à l'entretien de quatre lits d'incurables, lesquels seront mis de préférence à la disposition des malades atteints de la pellagre, affection relativement fréquente dans quelques cantons du département.

— La peste sévit actuellement en Chine dans le Yunnan, à l'état épidémique dans la ville de Mongtzée qui est située à proximité du Tonkin.

— Une dépêche de San-Francisco, en date du 26 août dit que d'après des nouvelles venues de Singapour, le bateau à vapeur *Namchow*, conduit par des officiers anglais, se rendait à Singapour, ayant à bord quatre-vingts coolies. Pendant la traversée, le choléra éclata sur le navire. Soixante personnes sont mortes en route. Le capitaine a cependant négligé de faire un rapport à ce sujet et la conséquence de cette omission fut que l'épidémie s'introduisit avec le navire à Singapour. Neuf personnes sont mortes dans le port même pendant les premières quatre journées. Ce n'est qu'alors qu'on s'avisa de mettre le navire en quarantaine.

NOUVELLES

Facultés et Ecoles des départements

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Latrille est maintenu, pour l'année scolaire 1891-1892, dans les fonctions de chef de clinique ophtalmologique.

Faculté de médecine de Toulouse. — MM. Bézy et Rémond, chargés des fonction d'agrégés à la Faculté, sont chargés, en outre, à ladite Faculté, pendant l'année scolaire 1891-1892 :

Le premier d'un cours de clinique des maladies des enfants ;

Le second, d'un cours de pathologie et de thérapeutique générales.

Ecole de médecine de Limoges. — M. Derignac, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est nommé, à partir du 1er novembre 1891, professeur d'hygiène et de thérapeutique à ladite école.

Corps de santé de la marine.

Mutation. — M. le méd. de 1re cl. Lassabatie, en serv. au Tonkin, est rapp. en France et servira à Rochefort.

M. le méd. de 1re cl. Durbec est rapp. du Tonkin et servira à Toulon.

Les dépenses de l'enseignement de la médecine en France. — Les recettes des Facultés de médecine pour l'exercice 1890, se sont élevés à 759,455 fr.; savoir: Paris, 321,317; Bordeaux, 56,039; Lille, 117,269; Lyon, 108,612; Montpellier, 82,214; Nancy, 74,007. D'autre part, les dépenses ont été de 716,184 fr., savoir : Paris, 306,127; Bordeaux, 53,932; Lille, 103,030; Lyon, 101,360; Montpellier, 81,413 ; Nancy, 70,322.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — ***Billets d'aller et retour de villes d'eaux collectifs.*** — Il est délivré dans toutes les gares du réseau P.L.M., du 15 mai au 15 septembre, sous condition d'effectuer un parcours minimum de 300 kilomètres, aller et retour, aux familles d'au moins quatre personnes payant place entière et voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs, pour les stations suivantes : Aix, Aix-les-Bains, Alais, Albertville, Bourbon-Lancy, Carpentras, Cette, Chambéry. Charbonnières, Clermont-Ferrand, Cluses, Coudes, Euzet-les-Bains, Evian-les-Bains, Genève, Gières-Uriage, Goncelin-Allevard, Groizy-

le-Plot-la-Caille, La Bastide-Saint-Laurent-les-Bains, Lépin-Lac-d'Aiguebelette, Le Vigan, Manosque, Montélimar, Montpellier, Montrond, Moulins, Pougues, Riom, Ris-Chateldon, Roanne-Sail-sous-Couzan, Saint-Georges-de-Commiers, Saint-Martin-d'Estréaux, Salins, Thonon-les-Bains, Vals-les-Bains-la-Bégude, Vandenesse, Saint-Bonoré-les-Bains, Vichy, Villefort. Le prix s'obtient en ajoutant aux prix de six billets simples ordinaires, le prix d'un de ces billets pour chaque membre de la famille en plus de trois. Les trois premières personne payent donc le plein tarif et la quatrième personnes et les suivantes le demi-tarif. Validité 30 jours, avec faculté de prolongation d'une ou plusieurs périodes de prolongation de 15 jours, moyennant 10 0/0 pour chaque prolongation.

Chemin de fer d'Orléans. — *Excursions en Auvergne et dans le Limousin*, permettant de visiter le Mont-Dore, la Bourboule, Royat, Clermont-Ferrand, Néris et Evaux, avec arrêt facultatif à toutes les gares du parcours.

La Compagnie d'Orléans délivre du 15 juin au 30 septembre des billets d'excursion en Auvergne et dans le Limousin valables pendant trente jours, au départ de Paris, Orléans, Blois, Tours, Le Mans, Angers et Nantes, ainsi qu'aux gares et stations intermédiaires, aux prix réduits ci-après :

	1re cl.	2e cl.		1re cl.	2e cl.
Paris.......	108 fr.	81 fr.	Tours......	100 fr.	75 fr.
Nantes......	125 —	96 —	Blois......	95 —	71 —
Angers......	116 —	87 —	Orléans.....	95 —	71 —
Le Mans....	114 —	85 —			

On délivre des billets à toutes les gares du réseau d'Orléans, pourvu que la demande en soit faite au moins trois jours à l'avance.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 16 AU 22 AOUT 1891

Fièvre typhoïde, 10. — Variole, 8. — Rougeole, 12. — Scarlatine, 5. — Coqueluche, 3. — Diphtérie, croup, 18. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 178. — Autres tuberculoses, 28. — Tumeurs cancéreuses et autres, 41. — Méningite, 32. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 37. — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 4. — Maladies organiques du cœur, 56. — Bronchite aiguë et chronique, 33. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 30. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 125. — Fièvre et péritonite puerpérales. 3 — Autres affections puerpérales, 2. — Débilité congénitale, 23. — Sénilité, 29. — Suicides et autres morts violentes, 34. — Autres causes de mort, 129. — Causes inconnues, 12. — Total 842.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F DE RANSE
Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).
Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.—Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

CLINIQUE MÉDICALE

APPAREIL AUTOMATIQUE POUR INJECTIONS SOUS-CUTANÉES OU INTRA-MUSCULAIRES D'HUILES MÉDICAMENTEUSES,

par le Dr A. Festal (d'Arcachon).

Parmi les trop nombreux médicaments employés pour combattre la tuberculose, la créosote est considérée jusqu'à ce jour comme le plus efficace. Cette constatation, j'ai pu la faire un très grand nombre de fois à Arcachon où la clientèle est en grosse majorité composée de phtisiques. La difficulté commence lorsqu'il s'agit de savoir par quelle voie administrer ce médicament aux malades.

Par la voie stomacale, en effet, il en est bien peu qui puissent le tolérer longtemps et à doses suffisantes; plus ou moins rapidement leur appétit diminue et ils accusent au creux de l'estomac, une sensation de brûlure, puis des renvois désagréables qui se reproduisent pendant plusieurs heures. J'ai pu observer très fréquemment cette intolérance, même en faisant prendre la créosote sous la forme pilulaire d'après la formule indiquée par le professeur Bouchard. Or, s'il est, pour le médecin qui soigne des phtisiques, un auxiliaire indispensable, c'est l'estomac des malades, et toute notre sollicitude doit tendre, en premier lieu, à respecter quand elle existe l'intégrité de leurs fonctions digestives.

On a essayé, à l'aide d'inhalateurs et au moyen de frictions avec des pommades créosotées, de faire absorber le médicament par le poumon et par la peau. Cette méthode, que j'ai essayée, m'a toujours paru être fort peu *intensive* bien qu'elle se pare de cette épithète, et la dose de créosote réellement absorbée ainsi est assez minime.

En faisant vivre plusieurs heures par jour les malades dans une atmosphère d'air comprimé et saturé de vapeurs créosotées, ainsi que cela se pratique à l'hôpital Saint-Antoine dans le service du Dr Tapret, on a, je crois, plus de chances de rendre l'absorption suffisante, mais la méthode est d'une telle complexité, l'installation de la cloche est si coûteuse qu'on n'y peut recourir que dans les grands centres, à l'hôpital ou dans des établissements spéciaux.

Reste donc la voie hypodermique ouverte par le Dr Gimbert (1) (de Cannes). En ayant la précaution, comme il l'indique, de n'employer que de la créosote pure, c'est-à-dire distillant entre 200 et 210 degrés C. et de l'huile végétale lavée à l'alcool et stérilisée par l'ébullition au bain de sable on peut, sans aucun inconvénient, infecter de notables quantités d'huile créosotée au 1/15e. Cette formule est celle de Gimbert; je l'ai toujours employée depuis 1889 que je fais des injections et n'ai qu'à m'en louer. C'est celle qu'a adoptée aussi le Dr Burlureaux qui arrive, sans déterminer d'accidents, à injecter jusqu'à 220 grammes de cette huile créosotée en une séance.

Comme il est essentiel d'injecter très lentement, de déposer en quelque sorte le liquide goutte à goutte dans les tissus, je

(1) *Gaz. hebdomad.*, 12 et 19 avril 1889.

FEUILLETON

ORIGINES DES PRÉJUGÉS POPULAIRES SUR LES ENVIES,

Par G. Variot (1).

(*Suite et fin*) (2).

Plus près de nous, Fernel, médecin du roi Henri II, qu'on a appelé le Galien moderne, est très affirmatif sur le pouvoir de l'imagination dans la procréation des enfants : « Je tiens pour certain, dit-il, qu'il n'y a que la pensée qui dessine les figures et qui les modifie (3). »

Ambroise Paré reproduit avec complaisance, dans son traité des monstres, des faits du genre de celui qui suit. Saint-Jean-Damoscène dit avoir observé une fille velue comme un ours, parce que sa mère l'aurait engendrée, lorsqu'elle avait sous les yeux la figure d'un Saint-Jean vêtue d'une peau avec son poil (1). — Ailleurs, Ambroise Paré reconnaît que l'imagination de la mère peut imprimer des figures bizarres sur le fœtus, à l'instant de la conception seulement; mais cette époque passée, il ne peut se persuader que l'imagination ait la moindre influence sur un corps formé.

Tel n'est pas l'avis du célèbre philosophe Descartes qui prétend dans sa dioptrique : « qu'il ne serait pas difficile de démontrer de quelle manière la figure d'un objet donné, est parfois transmise par les artères d'une femme jusqu'à un membre quelconque du fœtus qu'elle porte dans son sein, et y imprime les taches connues sous le nom d'*envies* qui font l'admiration des savants (2). »

A cela, Demangeon a finement répliqué : « Il faut convenir que Descartes était bien peu communicatif de n'avoir pas voulu expliquer, puisqu'il le pouvait facilement, comment des figures toutes formées par l'imagination enfilent les artères pour gagner

(1) Communication faite à la Société d'anthropologie le 18 juin 1891.
(2) Voir le numéro précédent.
(3) Fernel. *De Hominis procreatione*, liv. VII, cap. XII, p. 172.

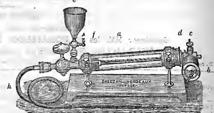
(1) Ambroise Paré. Liv. XXV, *Des monstres*, ch. IX, p. 1022, in-folio, Paris, 1614.
(2) Renati Descartes. *Principia philosophica dioptricæ*, cap. V, p. 82.

me suis servi, au début, de l'appareil de Gimbert. Certaines défectuosités me l'ont fait abandonner et j'ai imaginé celui que j'ai l'honneur de vous présenter.

Il comprend un corps de pompe en cristal rigoureusement calibré, d'une capacité de 30 cc. et gradué par des traits équidistants; un piston jouant à son intérieur et actionné par un ressort; un réservoir où l'on puise par aspiration le liquide à injecter; un tube en caoutchouc assez long terminé par une aiguille et relié à l'appareil par un robinet à molettes gradué. Les chiffres 8, 12, 20 gravés sur ce robinet indiquent, d'une façon approximative, qu'il passera 8, 12 ou 20 gouttes d'huile par minute à travers l'aiguille, suivant que l'un ou l'autre des traits correspondants sera placé en face de la pointe indicatrice. Je n'ai pu arriver qu'à une graduation approximative parce que la réaction élastique du tube de caoutchouc modifie dans une mesure variable la vitesse d'écoulement du liquide: mais, une fois l'injection commencée, on se rend très aisément compte du débit de l'aiguille d'après la rapidité plus ou moins grande avec laquelle descend le piston et tourne la manivelle reliée au ressort à détente. Grâce à ces deux points de repère on contrôle aisément et efficacement le robinet régulateur. Enfin une vis servant de frein permet d'arrêter le piston en un point quelconque de sa course et de suspendre ainsi l'infection sans retirer l'aiguille.

L'appareil, grâce au large socle qui le supporte peut être indifféremment posé n'importe où, sur le lit ou sur une table, sans que les diverses inclinaisons qu'on lui donne modifient en rien l'appréciation de la quantité de liquide infecté. Avec celui de Gimbert, au contraire, il suffisait, au cours de l'opération, de déplacer même très légèrement le réservoir en cristal pour faire varier beaucoup le niveau du liquide et donner d'un seul coup des erreurs d'interprétation de plusieurs cc. On n'avait donc aucun point de repère stable et, avec cela, pas de manomètre renseignant sur la pression de l'air emmagasiné.

Le Dr Burlureaux a remédié à cet inconvénient en munissant son injecteur d'un manomètre, mais encore ici on ne peut apprécier que d'une façon *très approximative* la rapidité d'écoulement de l'huile et on ne connaît la quantité injectée qu'à 5 cc., près. Je n'insistpas, sachant que notre confrère du Val-de-Grâce a fait construire son appareil dans un but déterminé, à savoir l'injection de doses massives d'huile créosotée et que sa méthode diffère par là de celle que j'ai empruntée à Gimbert.



a, corps de pompe en cristal.
b, manivelle remontant le piston et actionnant le ressort.
c, taquet d'arrêt pour le piston.
d, vis de pression immobilisant le piston alors même que le taquet d'arrêt est relevé.
e, entonnoir destiné à recevoir le liquide et commnniquant avec le corps de pompe par
f, robinet (ouvert sur la figure).
g, robinet à molettes, gradué.
h, l'aiguille, vissée au corps de pompe par
i, douille analogue à celle de l'irrigateur Eguisier.

Voici comment je conseille de procéder pour se servir de mon appareil : le frein étant dévissé, le taquet d'arrêt abaissé et le robinet à molettes fermé, verser le liquide dans l'entonnoir et l'aspirer en tournant doucement la manivelle. La faible quantité d'air que contenait le tube se réunit en une petite bulle qui, grâce à l'inclinaison du corps de pompe, gagne la partie supérieure de celui-ci et reste au contact du piston. Interrompre alors la communication avec l'entonnoir en plaçant transversalement le robinet à barrette, ouvrir au degré qu'on veut le robinet gradué et rendre au piston sa liberté en relevant le taquet d'arrêt. L'appareil est en marche et le tube en caoutchouc s'emplit du liquide qu'on voit bientôt perler goutte à goutte à l'extrémité de l'aiguille. On n'a plus alors qu'à faire la piqûre et à laisser l'injection marcher seule. On lit, bien entendu, sur le corps de pompe, la division à laquelle correspond le piston au moment où l'on fait la piqûre et l'on sait ainsi, par une seconde lecture faite au moment où l'on

---

le fœtus ou le poussin, où elles arrivent intactes et sans avoir perdu un seul trait en route, malgré le tumulte et l'extrême division de la circulation artérielle, surtout dans le placenta et malgré le petit saut que ces figures ne manquent pas de faire d'un individu à l'autre à cause de l'interruption des vaisseaux conducteurs.

Montaigne dans ses Essais, se fait l'écho des idées acceptées de son temps. « Nous voyons par expérience que les femmes envoient aux corps des enfants qu'elles portent dans leur ventre, les marques de leurs fantaisies, témoin celle qui engendra le Maure, et il fut présenté à Charles, roi de Bohême et empereur, une fille d'auprès de Pise, que la mère disait avoir conçue, à cause d'une image de saint Jean-Baptiste pendue à son lit (1).

Malebranche cite avec une naïveté qui fait plus d'honneur au croyant qu'au philosophe, le fait suivant (2) : « Il n'y a pas un an qu'une femme ayant considéré avec trop d'attention ce tableau de Saint-Pié, dont on célébrait la fête de la canonisation, accoucha d'un enfant qui ressemblait parfaitement à la représentation de ce saint. Il avait le visage d'un vieillard, autant qu'en est capable un enfant qui n'a point de barbe. Les bras étaient croisés sur la poitrine, les yeux tournés vers le ciel et il avait très peu de front, parce que l'image de ce saint qui était élevée vers la voûte de l'église en regardant le ciel, n'avait aussi presque point de front, il avait une espèce de mitre renversée sur les épaules, avec plusieurs marques rondes aux endroits où les mitres sont couvertes de pierreries. Enfin cet enfant ressemblait fort au tableau sur lequel la mère l'avait formé par la force de son imagination. C'est une chose que tout Paris a pu voir aussi bien que moi, parce qu'on l'a conservé assez longtemps dans de l'esprit de vin. »

Gérard von Swieten (le baron), le commentateur de Boerhave, ne met pas en doute le pouvoir de l'imagination pour former les envies, comme le prouve la gracieuse histoire que nous puisons dans ses commentaires (1).

« Je vis un jour une jeune fille fort belle, venir me consulter pour quelques accidents nerveux dont elle souffrait. Tout en l'in-

(1) *Essais* de Montaigne, Ed. in-fol., Paris, 1640, liv. I, ch. XX, p. 50
(2) Malebranche, *Recherche de la vérité*, t. 1, p. 251, 253.

(1) *Commentaires sur Hermann Boerhave*, 4 vol., 1771, t. III, p. 406.

arrête l'opération, la quantité exacte d'huile qui a été absorbée. Pour suspendre l'injection on n'a qu'à serrer le frein et à fermer le robinet à molettes. On laissera pourtant l'aiguille en place quelques minutes encore pour permettre au tube de caoutchouc de se vider de l'huile qu'il contient.

Au début j'injectais dans le tissu cellulo-adipeux sous-cutané de la fesse, entre le grand trochanter et l'ischion, à peu près à égale distance de ces deux saillies osseuses. J'ai pensé ensuite qu'il y aurait peut-être avantage à injecter directement dans le muscle afin de rendre l'absorption plus rapide. En plongeant l'aiguille dans un cube de culotte de bœuf j'ai vu l'huile sourdre bien vite à l'extrémité de tous les faisceaux musculaires sectionnés et diffuser rapidement partout. Sur un lapin j'ai pu, en plusieurs séances, injecter de notables quantités d'huile sans provoquer aucun accident.

Depuis plus d'un an je fais donc à mes malades les injections en plein muscle fessier, mais j'ai soin d'enfoncer d'abord l'aiguille seule : si elle laisse perler une gouttelette de sang c'est qu'elle a pénétré dans une veinule ; j'en suis quitte alors pour la retirer et faire une seconde piqûre à côté. On doit s'imposer toujours cette constatation — négative d'ailleurs le plus souvent — avant d'adapter le tube à l'aiguille et commencer l'opération, sons peine d'introduire directement l'huile dans le système veineux. Cela m'est, je pense, arrivé deux fois au début, alors que je ne procédais pas ainsi : mes malades ont été immédiatement pris de toux et ont de suite accusé dans la bouche un goût très marqué de créosote. Je me suis, dans les deux cas, empressé de retirer l'aiguille et tout s'est borné là. En prenant la précaution que j'indique on évitera à coup sûr cet incident désagréable

Une fois l'injection en train on peut quitter le malade en recommandant d'arrêter l'opération dès que le piston aura atteint une division qu'on indique et correspondant à l'injection de 18 à 20 cc. Comme on sait qu'il lui faudra environ quarante minutes pour en arriver là, on peut, pendant ce temps, aller faire une autre visite et — lors des premières séances au moins — revenir assez tôt pour délivrer les patients. Ils arrivent d'ailleurs rapidement, eux ou leur entourage, à bien manier l'appareil et à se passer du concours du médecin.

Injecter lentement est une première condition de succès ; la seconde c'est d'opérer d'une façon aseptique. Il faudra donc, chaque fois qu'on se sera servi de l'appareil, le démonter en dévissant les deux colliers métalliques qui le fixent sur ses supports et le plonger quelques minutes dans l'eau bouillante après en avoir séparé le ressort et le piston. Il est absolument inutile, en effet, de stériliser le premier et ce n'est pas indispensable pour le second qui est et reste constamment en contact avec l'huile créosotée dont il est imprégné. Je reconnais qu'il eût été préférable d'avoir un piston aussi facilement stérilisable que le reste, mais divers essais que j'ai tentés soit avec l'amiante soit avec la moelle de sureau ne m'ont donné que de médiocres résultats : à frottement doux ils laissaient refluer l'huile, à frottement dur ils paralysaient le ressort.

Enfin un petit ajutage qu'on adapte à l'entonnoir et au tube de caoutchouc permet de faire passer à travers ce dernier un courant d'eau bouillante.

Avec cet appareil j'ai pu pratiquer environ deux cents injections dans ma clientèle de tuberculeux sans déterminer jusqu'à ce jour aucun accident local : la douleur est nulle pendant l'opération et c'est à peine si les malades accusent, les quelques premières fois, un peu de pesanteur ou de courbature dans la région piquée douze à quinze heures après l'injection.

Le temps que met la créosote à s'éliminer est variable suivant les malades ; il en est qui accusent encore le goût et l'odeur de ce produit huit heures après l'injection.

Je ne veux pas insister sur les avantages qu'ils en retirent : ils engraissent, l'expectoration diminue et, à l'auscultation, le nombre et l'intensité des râles humides baissent progressivement. Gimbert et Burlureaux ont fait de leur côté des constatations analogues qui doivent être rapportées non seulement à la créosote, mais aussi à l'huile absorbée qui constitue un supplément d'alimentation utile lorsqu'il s'agit de phtisiques.

Enfin, en recourant ainsi à la voie sous-cutanée ou intramusculaire on respecte l'intégrité de l'estomac, on peut injecter une quantité de créosote relativement considérable, on dose rigoureusement ce qu'on donne et l'on est sûr que tout est absorbé sans déchets.

---

terrogeant, j'aperçus sur son cou, sous un collier qu'elle portait, une chenille ; je m'apprêtais déjà à l'en débarrasser au moyen d'une chiquenaude quand, souriant, elle me dit : laissez là, je l'ai depuis ma naissance, elle m'autorisa gracieusement à regarder cette marque de plus près. Je vis alors une chenille possédant les couleurs les plus belles et les plus variées et même on apercevait fort nettement des poils, de plus, grâce à sa proéminence au-dessus de la peau, on aurait pris aisément cette marque pour une chenille vivante et la ressemblance était tout aussi frappante qu'un œuf ressemble à un autre œuf.

Cette jeune fille me dit que sa mère lui avait affirmé qu'étant enceinte d'elle, elle se promenait dans un jardin, quand une chenille lui tomba d'un arbre sur le cou, et qu'elle avait bien eu de la peine à s'en débarrasser.

On peut se demander avec Demangeon si von Swieten, en cette occasion, n'a pas agi en baron avec sa charmante visiteuse venustissima bella), et si l'amour n'avait pas voilé un peu ses yeux de médecin pour lui faire voir une chenille avec de si jolies couleurs, chenille du reste qu'il n'avait pas vue et qu'il affirme pourtant être ressemblante.

Lavater (1) dont les travaux sur la Physiognomonie, eurent une si grande faveur au siècle dernier, définit ainsi les envies : « Les défectuosités ou les marques que les enfants apportent quelquefois au monde et qui sont la suite d'une impression forte et subite reçue par la mère pendant la grossesse. » Puis plus loin il ajoute : « Quant à moi, il me semble que les faits sont trop nombreux et et trop bien prouvés pour qu'un observateur impartial puisse révoquer en doute l'existence des envies. Je mets volontiers de côté tout ce que l'imagination y ajoute souvent de faux et d'absurde, mais combien d'enfants ne voit-on pas qui portent sur leur corps des figures ou des traits d'animaux, la couleur ou la forme d'un fruit ou telle autre marque étrangère? Tantôt c'est l'empreinte d'une main sur la même partie que la femme enceinte a touchée dans un moment de surprise, tantôt c'est une aversion insurmontable pour les objets qui ont répugné à la mère pendant la grossesse... »

« Par conséquent nous sommes obligés d'admettre pour vraie, une chose qui, en elle-même, est absolument incompréhensible, par

(1) Lavater. *Essai sur la Physiognomonie*, t. III, ch., 2 p. 165.

CHIRURGIE PRATIQUE

ÉTUDE ET CRITIQUE EXPÉRIMENTALES DE LA TRACTION PAR LES POIDS DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU CORPS DU FÉMUR PAR L'EXTENSION DANS LA RECTITUDE.

Par le Dr Paul Thiéry,
Prosecteur de la Faculté.

(*Suite*) (1)

Expérience XVIII. — La traction sur la corde réfléchie étant de 25 kilogr. (l'angle aigu étant produit au maximum, c'est-à-dire les poids étant suspendus parallèlement au dynamomètre, lequel est fixé au sol au-dessous de la poulie), le dynamomètre marque 17 kil. 500. Supprimons 5 kilogr. ; le dynamomètre doit descendre à 12 kil. 500 ; mais la poulie restant fixée par le poids restant et la corde fortement réfléchie et moulée sur elle la fixant sur son axe, la corde ne se détend pas et la traction de la partie réfléchie de la corde se maintient comme si la traction eût été maintenue à 25 kilogr.; on obtient alors le résultat au premier abord paradoxal d'un dynamomètre qui marque toujours 17 kil. 500 sous l'effort d'une traction de 20 kilogr. seulement, bien que l'angle aigu soit très fermé, c'est-à-dire malgré que la perte doive être au maximum ; vient-on à mobiliser alors la poulie que la contradiction cesse ; la même traction paradoxale devient plus frappante encore dans nos expériences XIX et XX et nous en donnons l'explication.

Il en résulte que si les résultats additionnés d'expériences multiples sont constants dans leur ensemble, ils diffèrent quelque peu dans le détail, et nous ne pourrions affirmer que chaque fois que la traction sera faite par 10 kilogr., par exemple le dynamomètre plantaire marquera 15 kilogr., soit 5 kilogr. de perte pour la traction. En réalité, il marquera, suivant la disposition de la corde sur la poulie, la mobilité de celle-ci et son..,., attitude au moment où elle est fixée par la corde de 9 à 11 kilogr. environ.

Au reste nous avons établi quelques chiffres sur des moyennes que voici :

Traction à	Nombre des expériences sur lesquelles a été établie la moyenne.	Traction transmise au dynamo.	Perte de traction.
7 kil. 500	5	5 kil.	2 kil. 500
10 kil. 500	7	7 kil.	3 kil. 500
11 kil. 500	2	8 kil.	3 kil. 500

(1) Voir les nos 24, 25, 26, 28, 30. 32 et 34.

12 kil. 500	7	9 kil.	3 kil. 500
13 kil. 500	2	10 kil.	3 kil. 500
14 kil. 500	3	10 kil. 500	4 kil.
15 kil. 500	4	11 kil.	4 kil. 500
16 kil. 500	2	12 kil.	4 kil. 500
17 kil. 500	7	13 kil.	4 kil. 500
20 kil. 500	5	15 kil. 500	5 kil.
22 kil. 500	6	17 kil.	5 kil. 500
23 kil. 500	2	17 kil. 500	5 kil. 500
25 kil. 500	7	19 kil. 500	6 kil.
27 kil. 500	6	21 kil.	6 kil. 500 (1)

Dans tous ces cas, la cordelette plantaire est supposée légèrement ascendante.

Les autres chiffres mentionnés à nos tableaux précédents ont été calculés sur la moyenne de deux ou trois essais environ.

2° LES DÉFAUTS DE CONSTRUCTION DE LA POULIE INFLUENT-ILS NOTABLEMENT SUR CETTE DÉPERDITION ?

S'il est vrai que quelques défauts de la transmission de la traction proviennent du fait de la réflexion de la corde sur la poulie, il était utile aussi de comparer plusieurs variétés de poulie pour établir en fin de compte s'il y a *en pratique* une différence notable suivant que l'on emploie la poulie de telle ou telle fabrication. Nous avons donc essayé les divers modèles généralement fournis aux hôpitaux par MM. Collin, Mathieu, Aubry, etc.

Nous étudions sous le no 1 une poulie à gorge étroite, à diamètre large de 4 cent. environ, qui ne porte pas de nom de fabricant.

Sous le n° 2, une poulie de 2 cent. 1/2 de diamètre, à gorge large, fournie par M. Collin aux hôpitaux.

Sous le n° 3, une poulie de 1 cent. 1/2 de diamètre, à gorge intermédiaire aux deux précédentes, que nous a remis M. Aubry, celle-ci neuve, n'ayant pas servi et bien mobile sur son axe.

Enfin sous le n° 4, la même poulie que la précédente usagée, non choisie, présentant quelque frottement.

A priori, nous pensons que la poulie transmet d'autant plus

(1) On voit que la perte est toujours proportionnelle au poids tracteur.

conséquent, il est décidé que l'imagination d'une femme enceinte, excitée par une passion momentanée, opère sur l'enfant qu'elle porte dans son sein. »

Portal (1), Jacquin (2), Chaussier, rejettent dans le domaine des fables tous les faits bizarres admis et répétés sans contrôle.

Alibert (3) dit à ce sujet : « Tout ce que j'ai pu remarquer à cet égard, c'est que les altérations morbifiques de la structure de nos tissus ont lieu principalement chez les personnes douées d'une constitution lymphatique et scrofuleuse ; ce sont des écarts fortuits de la puissance de nutrition. »

Murat (4) formule une opinion qui est bien voisine, que nous-même avons suivie en nous appuyant sur nos investigations microscopiques : « Des recherches exactes, des dissections bien faites ont depuis longtemps appris aux médecins que ces taches ou marques doivent être considérées comme une altération du tissu de la peau produite par quelque maladie que le fœtus aura éprouvée à une époque plus ou moins avancée de son développement. »

Demangeon (1), avec une rare élévation d'esprit et un sens critique des plus pénétrants, a beaucoup contribué à dissiper toutes les superstitions sur les envies qui avaient encore cours de nos temps.

J. Geoffroy-Saint-Hilaire (2), l'illustre tératologiste, rejette absolument l'influence de l'imagination sur les malformations fœtales ; il cite même à ce propos une anecdote plaisante qui montre jusqu'où la crédulité a pu être poussée. Il s'agit d'une fille née à Valenciennes pendant la révolution en l'an III et qui portait sur le sein gauche un bonnet de la liberté.

Il n'y a, ajoute Geoffroy-Saint-Hilaire, rien de remarquable dans

(1) Portal. *Considérations sur la nature et le traitement des maladies de famille et des maladies héréditaires*, p. 5. Paris, 1814.

(2) Jacquin. *Mémoires et observations sur les marques ou taches de naissance*. (In *Journ. de méd., de chim. et de pharm.*, t. XLIV, p. 121, 1812.)

(3) Alibert. *Nosographie naturelle*, t. I, p. 334 et suiv., 1817.

(4) Murat. *Dict. des sciences médicales*, art. Envie, t. XII, p. 288, 1815.

(1) Demangeon. *De l'imagination considérée dans ses effets sur l'homme et sur les naissances*, etc., 2e édit. Paris, 1829.

(2) J. Geoffroy-Saint-Hilaire. *Histoire générale et particulière des anomalies de l'organisation de l'homme et des animaux*, t. I, p. 546.

intégralement la traction : 1° qu'elle est mobile sur son axe, 2° que son diamètre est plus considérable. Voici les résultats que nous obtenons.

EXPÉRIENCE XVIII. — *Force transmise au dynamomètre par :*

		Poulie 1.	Poulie 2.	Poulie 3.	Poulie 4.
Traction à	5 kil.....	3 1/2	3	3	3
—	7 kil.....	5	5	5	5
—	9 kil.....	6 1/2	7	7	6 1/2
—	13 kil.....	10	10	10 1/2	10
—	16 kil.....	13 1/2	14	13 3/4	13

En réalité, on voit que malgré quelques différences sur lesquelles nous ne saurions insister parce *qu'en pratique* elles n'ont point d'importance, l'influence de la poulie est en réalité très faible (1); ce qui fait l'infériorité de la dernière, c'est évidemment le manque de mobilité qu'elle présentait : nous en tiendrons compte en théorie seulement, la pratique devant peu se soucier, comme nous chercherons à le démontrer, de la transmission de 500 gr. de traction en plus ou en moins et les dynamomètres de traction ne présentant d'ailleurs pas une approximation suffisante. Toute poulie de préférence de diamètre large et bien mobile sur son axe pourra être adoptée.

On voit par là que la perte de traction par réflexion de la corde sur la poulie est notable et qu'elle est principalement influencée :

1° Par les défectuosités de construction des poulies du modèle hospitalier;

2° Par l'angle d'incidence de la corde sur la poulie;

3° Par l'augmentation considérable des poids destinés à effectuer la traction.

On pourrait y ajouter d'autres causes qui rentrent implicitement dans la première; c'est surtout :

A. — L'insuffisance de diamètre de la poulie, celle-ci étant d'autant plus mobile que son diamètre augmente; on ne saurait donc trop condamner la petite poulie, modèle relativement nouveau, dont la gorge n'a guère que 2 à 3 centimètres de diamètre, au profit des poulies plus anciennes de 5 à 6 cent. de diamètre.

(1) La meilleure poulie serait celle dont la molette serait fixée à l'axe, lui-même mobile sur les branches de la mortaise. Nous ne saurions trop répéter d'ailleurs que l'importance de la discussion est minime en pratique.

B. — La fixité trop grande de la poulie sur son axe, celle-ci se trouvant diminuée par le fait même de l'adoption d'une poulie de grand diamètre.

Il serait facile d'imaginer, de faire construire et de recommander un modèle nouveau; nous signalons seulement le fait et nous signalons cet autre encore : c'est que si l'on constate avec des poulies relativement perfectionnées une perte notable de traction, que sera-ce donc lorsqu'on emploiera à leur place la bobine classique, le dossier ou le bâton d'une chaise, le montant d'un lit, etc?... le frottement se joindra encore aux autres causes de diminution de la traction et celle-ci risquera fort d'être réduite à peu de chose près à zéro. D'où la conclusion que ce sont des dispositions d'urgence dont il est bon de se souvenir, mais que cet appareil primitif ne saurait être qu'essentiellement temporaire, considéré qu'il doit être comme un pis aller.

L'idéal, c'est la poulie sans frottement, à axe linéaire, sur laquelle toute la force se transmet; mais de la théorie à la pratique il y a loin et l'idéal n'existe pas.

Nous trouvons encore dans cette perte de la traction par réflexion de la corde sur la poulie une bien précieuse indication; elle nous explique comment certains chirurgiens affirment que leurs malades supportent bien des poids de 6 et même 10 kilogrammes; le poids est bien en place, mais nous avons vu dans l'expérience précédente combien il serait illogique de conclure que la traction est par là même de 6 ou de 10 kilogr. en admettant même qu'il n'y eut pas poids et frottement du membre. Il est insuffisant de considérer la traction nominale des poids; il faut savoir, au moins par approximation, quelle est la force de traction transmise au foyer de fracture, et il y avait quelque intérêt à établir expérimentalement cette différence; elle nous permettra peut être d'expliquer par des différences respectives de dispositif l'opinion si divergente de chirurgiens qui, comme Crosby, portent à 14 kilogr. leur traction, alors que les autres recommandent de ne jamais excéder de 4 à 6 kilogr.

3° COMMENT AGIT LA POULIE DANS LA TRACTION CONSIDÉRÉE COMME AGENT D'IMMOBILISATION. — INFLUENCE DES MOUVEMENTS INCONSCIENTS SUR L'AMPLIFICATION DE LA FORCE EFFECTIVE.

D'après les expériences précédentes nous pouvons raisonner les faits et dire : de même que la poulie exerce une action

---

cette anomalie, mais ce qui l'est beaucoup, c'est que le gouvernement de l'époque crut devoir récompenser, par une pension de 400 francs, la mère assez heureuse pour avoir donné le jour à une enfant parée par la nature elle-même d'un emblème révolutionnaire.

Parmi les savants modernes, les préjugés sur la cause des envies s'éteignent graduellement, bien que certains médecins américains se soient efforcés récemment de rajeunir cette conception si ancienne (1).

La phase scientifique dans laquelle nous évoluons ne permet plus de conserver les croyances *à priori*. C'est par l'observation rigoureuse, par l'analyse patiente que se forment les idées positives. Notre méthode est plus lente mais aussi plus sûre.

Est-ce à dire que nos connaissances précises sur la constitution des taches pigmentaires (2) et des nævi vasculaires, que les travaux de J. Geoffroy-St-Hilaire et des tératologistes qui l'ont suivi, soient capables de modifier et de renverser une croyance séculaire? Cela est peu vraisemblable et il nous semble qu'on pourrait répéter encore à ce sujet ce que Buffon écrivait à la fin du siècle dernier :

« Il ne faut pas compter qu'on puisse jamais persuader aux femmes que les marques de leurs enfants n'ont aucun rapport avec les envies qu'elles n'ont pu satisfaire.

« Je leur ai quelquefois demandé, avant la naissance, quelles étaient les envies qu'elles n'avaient pu satisfaire et quelles seraient, par conséquent, les marques que leurs enfants porteraient. Par cette question, j'ai fâché les gens sans les avoir convaincus. » (1)

(1) Stedman. *Influence des impressions maternelles comme étiologie des difformités.* (In *Med. Record*, janv. 1887.)

(2) Voir notre communication antérieure sur les nævi pigmentaires circonscrits et diffus. (*Bulletin de la Société d'anthropologie*, 1889.)

(1) Buffon. *Histoire naturelle*, t. IV, ch. XI.

d'arrêt notable sur la traction de la corde dans le sens de l'effort des poids, de même elle doit exercer un arrêt sur la progression en sens inverse des poids vers la poulie lorsque un effort supérieur aux poids suspendus ayant été produit, cet effort cesse : la poulie ne tourne plus, alors c'est la corde qui glisse à frottement sur sa gorge et comme partout où il y a frottement il y a perte de mobilité. La restitution *ad integrum* de la traction primitive après effort considérable supérieur à la puissance des poids tenseurs est donc impossible, ce qui explique le paradoxe observé dans notre expérience XVII ou cet autre d'une traction de 10 kilogr. exercée avec 8 ou 9 kilogr. seulement : plus les poids sont élevés plus ils fixent la poulie, plus ils augmentent le frottement de la corde sur la poulie et plus l'excès d'effort sur la traction réelle des poids est considérable.

C'est encore pour ce fait que le genre de poulie importe peu puisque en pratique la poulie est supprimée en tant que mobile sur son axe et que le mouvement n'a plus lieu que par glissement de la corde sur la gorge métallique et lisse ; il ne reste à l'égard de la poulie qu'une indication, c'est que sa gorge doit être lisse et que la perte de traction doit être beaucoup plus considérable, lorsque la réflexion se fait sur une surface rugueuse, un bâton ou un dossier de chaise qui provoquent le frottement et l'adhérence de la corde.

Mais comme il n'est point d'usage une fois les poids appliqués d'exercer sur les fractures une traction supérieure aux poids suspendus (en pratique cela serait bon cependant), il faut admettre que les mouvements inconscients du membre permettent à chaque instant à la traction de se parfaire comme dans le cas où nous percutons la corde de traction ; chaque légère progression obtenue est maintenue par le poids tenseur et dépasse toujours le total de l'extension possible si membre et appareil étaient inertes, et de l'addition de ces légers mouvements de progression résulte en somme une traction plus effective dont on se rend bien compte sur le dynamomètre puisque des percussions de plus en plus fortes ou des oscillations de l'appareil permettent à ses aiguilles de dépasser le chiffre qui correspond à la traction nominale des poids.

En pratique on ne peut nier que des tractions qui sont insuffisantes pour réduire une fracture ne lui forment en réalité un moyen de contention dont l'importance varie avec la quotité des poids tenseurs : les expériences suivantes expliquent le fait.

Expérience XIX. — Une corde est fixée à la tête d'un lit ; on interpose un dynamomètre ; la corde se réfléchit sur une poulie et on suspend des poids, 16 kilogr. par exemple ; le dynamomètre marque 13 kilog. 1/4 ; produisons une traction plus considérable et supprimons-la : l'aiguille qui devrait redescendre à 13 kilogr. 1/4, se maintient notablement au-dessus. Au reste, voici les chiffres, 16 kilogr. restant à demeure (ces 16 kilogr. sont compris naturellement dans les chiffres de traction suivants :)

Traction manuelle à	22 kil.	l'aiguille reste à	22 kil.
—	25 kil.	l'aiguille revient à	22 kil.
—	30 kil.	—	22 kil.
—	35 kil.	—	22 kil.
—	40 kil.	—	22 kil.

Il ressort donc clairement ceci, c'est qu'une traction de 16 kilogr. plus le frottement et la fixation par 16 kilogr. de la corde sur la poulie peut faire équilibre à un effort de 22 kilogr. il n'y a point de cause d'erreur car si l'on coupe la corde qui retient les 16 kilogr. l'aiguille revient au zéro.

Expérience XX. — La proposition ne pouvait être la même *a priori* pour une traction inférieure à 16 kilogr. nous l'avons mesurée en suspendant à demeure 11 kilogr. qui nous donnaient une traction effective de 8 kilogr. au dynamomètre (1).

Traction manuelle à	40 kil.	l'aiguille revient à	16 kil.
—	35 kil.	—	16 kil.
—	30 kil.	—	16 kil.
—	25 kil.	—	16 kil.
—	16 kil.	l'aiguille reste à	16 kil.

Peu importe la traction maximum produite, *l'aiguille revient toujours au même chiffre qui est supérieur à la somme des poids restant en place, dont l'écart avec la somme de ces poids est d'autant plus faible que ces poids eux-mêmes sont plus faibles et qui représente la traction à laquelle peuvent faire équilibre les poids tenseurs, plus la force de fixation de la corde au niveau de son passage sur la poulie.*

Il est bien certain que lorsque 4 kilogr. seulement exercent la traction, leur influence est très faible sur la conservation d'un excès de traction sur leur valeur nominale ; plus le poids est fort, plus on obtient d'excès à l'état statique pour ainsi dire ; c'est encore une raison pour chercher à employer chez le vivant des poids considérables *si la chose est possible* et en tout cas des poids supérieurs à la force des muscles actifs qui luttent contre l'inertie des poids qui soutiennent une traction supérieure à celles qu'ils exerceraient d'eux-mêmes s'ils étaient suspendus à un dynamomètre suivant la verticale.

Nous avons dit plus haut quelle pouvait être l'influence des mouvements inconscients du membre malade.

C'est à ces mouvements surtout que, les muscles une fois lassés, sont dus les progrès continus de la traction ; petit à petit d'ailleurs le malade sent cette traction augmenter sans que les poids soient surajoutés, et malheureusement bientôt par un glissement semi-volontaire du tronc, il rétablit une traction plus faible, c'est-à-dire plus inefficace, c'est-à-dire qu'il perd le résultat obtenu jusqu'au moment où il se reproduit et il existe ainsi des malades qui soulageant de temps en temps leur traction (car la traction que peut supporter un foyer de fracture est excessivement faible, et il n'y a à établir aucun rapport entre les phénomènes douloureux et mécaniques produits par la traction), viennent toucher les barreaux du lit de la plante du pied.

Nous pouvons, d'ailleurs, préciser d'avantage l'influence des mouvements insensibles du membre, car nous pouvons les reproduire artificiellement par quelques mouvements légers imprimés à l'appareillage expérimental et en particulier par un léger « tapotement » sur le dynamomètre ou la corde de traction.

Ces mouvements légers augmentent d'une façon générale très puissamment la quotité de transmission de la traction puisque voici reproduits en regard les uns des autres les chiffres obtenus au dynamomètre par la traction simple sur la poulie ou la traction avec tapotement : ces derniers chiffres figurent à côté des précédents entre parenthèses.

(1) Les poids de 4 et 8 kilogr. étant généralement employés, nous avons fait l'essai (expériences XXI et XXII) de la traction à laquelle ils peuvent faire équilibre ; elle est de 7 kilogr. pour les poids de 6 kilogr. et de 5 environ pour ceux de 4 kilogr.

(*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

CHIRURGIE DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN

(*Suite*) (1).

VI. — Sur la technique de l'établissement d'une fistule de l'estomac, par le professeur O. Witzel. (*Centralblatt für Chirurgie*, 1891, n° 32, p. 601.)

VII. — Fibro-myome intra-péritonéal du rectum, pesant douze livres, laparotomie, extirpation, guérison, par le Dr A. Senn. (Weekly *medical Review*, 21 mars 1891.)

VIII. — Etudes sur la statistique et le traitement du carcinome du rectum, par le Dr Ekehorn, dissertation inaugurale, Stokolm 1890. (*Analysé in Centralblatt für Chirurgie*, 1891, n° 27, p. 524.)

XI. — Note sur un procédé probablement nouveau, pour opérer la chute complète du rectum, par le Dr J. Roberts. (*Annals of surgery*, vol. XI, p. 255.)

Indications bibliographiques.

VI. — Les faits démontrent l'utilité de l'établissement d'une fistule de l'estomac, dans les cas où le malade est en danger de mourir d'inanition par suite de l'impossibilité de s'alimenter par les voies naturelles. Un des écueils auxquels se heurte ce mode d'intervention réside dans la difficulté d'empêcher le contenu de l'estomac de s'échapper par la fistule, et d'oblitérer celle-ci lorsqu'elle est devenue inutile. Dans le but de remédier à ces inconvénients, Witzel a imaginé une technique opératoire qu'il a expérimentée d'abord sur le cadavre, puis deux fois sur des sujets vivants; en voici la description :

On fait deux plis longitudinaux parallèles, à la paroi antérieure de l'estomac, de manière à circonscrire un canal dirigé de haut en bas et de droite à gauche. Ce canal est destiné à loger un petit tube qui vient déboucher par une de ses extrémités dans une petite incision pratiquée dans la paroi de l'estomac. Pour former ce canal on attire en avant un morceau suffisamment grand de la paroi antérieure de l'estomac, résultat qu'on obtient sans grande difficulté, même en cas de ratatinement de l'organe, par des tractions douces, mais continues. Le diamètre transversal du canal doit avoir de 1,5 à 2 centimètres. On applique 3 ou 4 sutures de Lembert, sur les plis qui limitent le canal, et en des points qui se correspondent; on noue les fils par-dessus un tube en caoutchouc, de la grosseur d'un crayon ordinaire, et dont l'extrémité inférieure a été introduite dans l'incision circulaire, aussi petite que possible, pratiquée dans la paroi de l'estomac à l'extrémité inférieure de la rigole. Au moyen d'une série d'autres sutures on achève de fixer solidement les deux plis l'un à l'autre, et au besoin on prolonge le canal ; il semble qu'il suffise, en général, de lui donner une longueur de 4 centimètres. La portion correspondante de l'estomac est ensuite fixée à la plaie tegumentaire par une couronne de points de sutures, et la fistule, avec le canal qui lui fait suite, se trouve ainsi placée hors du péritoine.

Pour ce qui est de l'incision de la paroi abdominale, Witzel a trouvé des avantages à procéder de la façon suivante : une incision parallèle au rebord des fausses côtes, et qui en est distante d'un travers de doigt met à nu la gaine du droit antérieur. On incise cette gaine dans le sens longitudinal, et on divise le muscle en son milieu et dans le même sens, avec un instrument mousse. Avec le bistouri et la pointe du doigt on traverse ensuite le muscle transverse de l'abdomen, transversalement de droite à gauche, jusqu'au péritoine. De la sorte, les bords de l'incision cutanée, ceux de l'incision du droit antérieur et ceux de l'incision du muscle transverse s'entrecroisent. Lorsqu'après avoir fixé la paroi de l'estomac dans la plaie abdominale, on retire les crochets qui maintenaient écartées les lèvres de cette plaie, les parties molles reviennent en leur position normale, et alors les faisceaux de fibres du muscle transverse et ceux du muscle droit antérieur pincent solidement le tube en caoutchouc qui vient de l'estomac.

Ainsi qu'il a été dit plus haut, cette technique opératoire a été mise deux fois à l'épreuve sur le vivant, et les résultats ont été des plus satisfaisants en ce sens qu'il ne s'échappait pas par le tube en caoutchouc une seule goutte du contenu de l'estomac.

VII. — Une femme de 45 ans était entrée à l'hôpital dans un état d'extrême anémie; elle avait de l'ascite ainsi que de l'œdème des membres inférieurs. On ne découvrait chez la malade aucun signe d'une affection du cœur, des reins ou du foie. On ponctionna l'ascite, après quoi on put constater l'existence d'une tumeur solide volumineuse dans le flanc gauche, qui refoulait l'uterus à droite et en haut. La tumeur était mobile; à travers le vagin on pouvait la refouler en haut; une petite portion de néoplasme paraissait être adhérente au petit bassin. On crut à une tumeur de l'ovaire gauche ou du ligament large, et une opération radicale fut décidée.

Le 24 avril 1890, on incisa la paroi abdominale sur la ligne médiane. Avec la main introduite à travers l'incision, l'opérateur put constater que la tumeur, tapissée par le péritoine, n'adhérait pas aux organes circonvoisins, et qu'elle allait en s'amincissant vers le petit bassin, où elle s'implantait sur la ligne médiane; à ce niveau elle mesurait 6 centimètres de diamètre. Trois ligatures furent appliquées sur cette portion inférieure amincie, et les trois faisceaux ainsi délimités furent sectionnés. tandis qu'un aide maintenait la partie supérieure de la tumeur. Sitôt celle-ci extirpée, une petite quantité de matière fécale s'épancha dans la cavité abdominale; on l'enleva aussitôt avec une éponge. On reconnut alors que le gros intestin avait été lésé; un fragment de muqueuse, long de 1 pouce, large de 1/3 de pouce, adhérait à la base de la tumeur. Des injections d'air dans le rectum firent voir que le gros intestin était entamé en un point correspondant au niveau où le péritoine se réfléchit du rectum sur la vessie.

Un gros drain fut introduit dans le rectum, jusqu'à l'S iliaque, puis la déchirure du gros intestin fut oblitérée au moyen de sutures de Lembert, après désinfection minutieuse du champ opératoire. Un drain en verre, entouré de gaze iodoformée, fut introduit dans la cavité abdominale, jusqu'au contact de la plaie du gros intestin, et fixé dans l'angle inférieur de l'incision des téguments, incision qui fut oblitérée dans le reste de son étendue. Le troisième jour après l'opération, le malade rendit pour la première fois des matières fécales, après administration d'un purgatif. On retira le drain en verre, mais on le remit en place, après qu'on eut constaté qu'il contenait un liquide fécaloïde. Le sixième jour après l'opération, on retira définitivement le drain en verre, et on draina avec de la gaze iodoformée. Au bout de deux semaines la fistule rectale était complètement oblitérée. La malade s'est entièrement rétablie. La tumeur extirpée pesait 12 livres; elle était tapissée par le péritoine dans toute son étendue,

(1) Voir le numéro 35.

sauf à sa base d'implantation. L'examen microscopique fit voir qu'il s'agissait d'un fibro-myôme peu vasculaire.

VIII. — Le travail de M. Ekehorn repose sur une statistique de 136 cas de carcinome du rectum, opérés dans deux hôpitaux suédois et à la clinique chirurgicale de Gœttingue (professeur Kœnig). L'auteur a mis cette statistique en parallèle avec d'autres publiées antérieurement. Après un succinct exposé historique de la question, il examine la fréquence relative du carcinome du rectum par rapport aux autres localisations de ce genre de néoplasme, et la fréquence suivant les âges; celle-ci, pour les périodes de la vie humaine comprises entre 20 et 40 ans, 40 et 60 ans, et au-dessus de 60 ans, se chiffre par les nombres proportionnels 1, 5,7 et 7,8, à en juger par les statistiques émanant des hôpitaux de la Suède.

On ne sait encore rien de bien précis concernant l'étiologie du carcinome du rectum; tout ce qu'on a dit à ce sujet se réduit à des assertions sans valeur. L'auteur relève par exemple que Sterlin (*in Beitrage zür Klinischen Chirurgie*, t. V, 1889) a incriminé l'hérédité comme figurant en tête des causes du cancer du rectum. Or d'une enquête faite par l'auteur et qui a porté sur 40 cas, il résulte que 5 malades seulement comptaient des cancéreux parmi les membres de leurs familles.

L'auteur n'a rien trouvé de nouveau à mentionner relativement au siège, à la forme extérieure et à l'évolution du cancer du rectum.

La partie consacrée au traitement débute par un exposé historique des procédés opératoires qu'on a mis en œuvre contre les tumeurs cancéreuses du rectum. Les procédés les plus récents ont fait l'objet d'une description détaillée. L'auteur a dressé ensuite le bilan des résultats opératoires. Dans un tableau spécial il a groupé les cas où le patient a succombé très peu de temps après l'extirpation de sa tumeur. Il ressort de ce document que dans la plupart de ces cas avec terminaison mortelle rapide, il y avait en jeu des complications telles que adhérences de la tumeur avec la prostate, infiltration cancéreuse de l'urètre, de la paroi de la vessie ou du tissu conjonctif périrectal, immobilisation de la tumeur, induration des ganglions et des vaisseaux lymphatiques périrectaux, dans un cas, abcès de la prostate.

Puis l'auteur a réparti en quatre groupes l'ensemble des faits qui ont servi de base à son mémoire :

1er groupe. Cas où existait une des complications susdites.

2e groupe. Cas sans complications.

3e groupe. Cas avec légère infiltration des ganglions voisins.

4e groupe. Cas où il n'est pas mentionné s'il y a eu ou non des complications.

Pour les cas du premier groupe, au nombre de 15, les résultats opératoires ont été très mauvais ; le taux de la mortalité s'est élevé à 40 0/0 et même à 54 0/0, si on défalque les quelques cas où les complications étaient relativement bénignes. La tumeur n'occupait pas un siège élevé et néanmoins son extirpation a été laborieuse. En outre, chez la plupart des malades qui ont résisté aux suites immédiates de l'opération, la survie a été de courte durée. Deux seulement n'avaient pas eu de récidive au bout d'un an, encore l'un d'eux avait-il de l'incontinence des matières fécales. Les statistiques publiées par d'autres chirurgiens accusent d'ailleurs des résultats analogues. Il y a donc lieu de se demander si, dans ces cas de carcinome avec complication, la colotomie n'est pas préférable à l'extirpation.

Les résultats ont été excellents pour les cas du deuxième groupe (mortalité 0 0/0) et pour ceux du troisième (mortalité 5,9 0/0). Dans beaucoup de ces cas, les fonctions du gros intestin après l'opération s'exécutaient d'une façon très satisfaisante: les récidives, quand elles se sont produites (ce qui est le cas habituel), ne sont survenues que très tardivement.

Une statistique spéciale comprend un certain nombre de cas opérés suivant la méthode « sacrale » de Kraske; il s'en dégage cette conclusion que dans les cas où le carcinome occupe un siège élevé, cette méthode est à même de fournir de bons résultats; chez quelques malades opérés de la sorte, l'état fonctionnel du gros intestin était extraordinairement bon.

IX. — Le procédé opératoire (proktorrhaphie) imaginé par M. B. Robertsa été employé par l'auteur chez une jeune femme qui, depuis plusieurs années, était affligée d'une chute du rectum : un fragment en forme de V, avec pointe dirigée en haut, a été excisé de la paroi postérieure du rectum; les bords de la plaie ont été réunis au moyen de sutures; la lumière du gros intestin et l'orifice anal se sont trouvés rétrécis de la sorte.

L'incision des parties molles a été faite tout près de la pointe du sacrum, sur la ligne médiane; avec un instrument mousse, la paroi postérieure du rectum a été détachée de ses attaches. Puis, le sphincter anal a été incisé en deux points situés de part et d'autre et à un demi-pouce de la ligne médiane; les deux incisions ont été prolongées de façon à converger vers l'incision primitive. Ainsi se trouvait taillé un lambeau triangulaire, dont le sommet touchait la pointe du sacrum et dont la base comprenait un fragment du sphincter anal de 1 pouce de long. Ensuite la paroi postérieure du rectum a été entaillée avec les ciseaux, comme il a déjà été dit, la base du fragment triangulaire incisé correspondant à la base du lambeau cutané, et son sommet était situé à 3 pouces au-dessus de l'orifice anal. La solution de continuité de l'intestin a été suturée avec du catgut, et les bords de la plaie superficielle avec du fil de fer; un drain a été introduit entre le rectum et le sacrum.

E. Ricklin.

Indications Bibliographiques.

I. — Arnd. Contribution à la statistique des carcinomes du rectum. (Clinique du professeur Kocher, de Berne.) (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. XXXII, fasc. 1 et 2, p. 1, 1891.)

II. — Sachs. 33 résections de l'intestin, pratiquées à la clinique chirurgicale du professeur Kocher, de Berne. (*Ibidem*, p. 93.)

III. — Habs. Rapport sur 200 herniotomies. (Service du Dr Hagedorn, à Magdebourg.) (*Ibidem*, fasc. 3 et 4, p. 323.)

IV. — Maass. L'amputation du canal vertébral comme moyen de pénétrer dans la partie postérieure de la cavité abdominale (cœliectomie postérieure), suivant le procédé de Rose. (*Ibidem*, p. 248.)

V. Landow. Sur la colotomie iliaque. (*Centralblatt für Chirurgie*, 1891, n° 30, p. 579.)

E. R.

BIBLIOGRAPHIE

Casuistisch-statistische Beitraege zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege (contributions cliniques et statistiques a la pathologie et a la chirurgie des voies biliaires), von Dr L.-G. Courvoisier. (Leipzig, 1890. F.-C.-W. Vogel, éditeur.)

Dans le courant de ces dix dernières années, la chirurgie

des voies biliaires, entrant dans une phase nouvelle, a pris un essor considérable. Des opérations nombreuses ont été imaginées pour remédier aux affections diverses dont peuvent être le siège les voies d'excrétion de la bile, et en tête desquelles figure la lithiase biliaire. Le propre de toutes ces opérations est qu'elles impliquent comme manœuvre préalable la laparotomie frayant au chirurgien libre accès vers le siège du mal. Dans beaucoup de cas elles entrent en concurrence, et leur valeur respective est encore très discutée. Il ne manquait pas d'ailleurs de travaux consacrés à une étude minutieuse de telle ou telle de ces opérations. C'est ainsi qu'en France nous avons vu paraître deux excellentes thèses, l'une de M. Calot, sur la cholécystectomie, l'autre de M. Delagénière, sur la cholécystenterostomie. Mais ce qui n'existait pas encore, c'était une œuvre embrassant l'ensemble de la pathologie et de la chirurgie des voies biliaires, édifié sur les travaux passés qui se sont accumulés en si grand nombre dans ces dernières années. C'est cette lacune que comble la monographie de M. Courvoisier, écrite avec une compétence indiscutable et servie par une érudition rare.

L'ouvrage est divisé en deux parties : la première consacrée à la pathologie, la seconde à la chirurgie.

Dans la *première partie*, l'auteur étudie dans autant de chapitres distincts : les concrétions de la vésicule biliaire et les altérations anatomiques qu'elles entraînent ; — les concrétions et les obstructions du canal cystique, le traitement chirurgical de ces obstructions ; — les concrétions et les obstructions dans le domaine du canal hépatique et de ses origines ; — les concrétions et les obstructions du canal cholédoque, leurs conséquences locales et éloignées, le traitement chirurgical des obstructions du cholédoque ; — les inflammations suppuratives de la vésicule et leur traitement chirurgical ; — les perforations ulcératives des voies biliaires et leurs conséquences multiples : fistules entre les canaux biliaires, entre les canaux biliaires et la veine porte, ouverture dans la cavité abdominale, fistules entre les voies biliaires et les diverses portions des voies digestives, entre les voies biliaires et les voies urinaires ou les voies génitales, entre les voies biliaires et la plèvre ou les poumons ; ouverture à travers les parois abdominales. Le traitement chirurgical de ces différentes variétés de fistules est étudié à propos de chacune d'elles.

Les chapitres suivants sont consacrés à l'étude des néoplasies des voies biliaires, de l'absence congénitale de la vésicule chez les animaux et chez l'homme, des autres malformations des voies biliaires, des lésions traumatiques de ces voies et de leur traitement chirurgical.

La *seconde partie* débute par une courte incursion dans le domaine de l'histoire de la chirurgie des voies biliaires ; ce faisant, l'auteur s'attache à montrer que le plan qu'il a adopté pour cette seconde partie de son œuvre est justifié à la fois par des raisons pratiques et par l'évolution historique de la question. Dans trois chapitres distincts, l'auteur étudie successivement :

Les opérations sur des fistules préexistantes des voies biliaires ;

Les opérations sur la vésicule biliaire fixée à la paroi abdominale par des adhérences ;

Les opérations sur la vésicule libre, non adhérente à la paroi abdominale, et qui comprennent comme préface la laparotomie.

Les opérations du premier groupe se décomposent ellesmêmes en : extractions de calculs biliaires, dilatations non sanglantes, dilatations sanglantes, oblitérations artificielles de fistules.

Les opérations du second groupe comprennent : l'ouverture de la vésicule au moyen de caustiques, les ponctions, les incisions, les opérations plus graves, qui se rapprochent de la cholécystostomie, sans pouvoir toutefois lui être assimilées (l'auteur en relève 10 exemples.)

Les opérations du troisième groupe sont celles qui ressortissent à la chirurgie contemporaine des voies biliaires et dont l'histoire remonte à une dizaine d'années à peine ; ce sont :

1° La ponction de la vésicule non adhérente ;

2° L'incision de la vésicule biliaire ou *cholécystotomie*, qui peut se faire suivant trois procédés, à savoir :

a. La cholécystostomie ordinaire en deux temps.

b. La cholécystostomie en un temps, avec fixation de la vésicule à la plaie abdominale au moyen de points de sutures (*cholécystostomie naturelle* de L. Tait) ; ces deux procédés impliquent l'établissement d'une fistule biliaire.

c. La *cholécystostomie idéale*, ou *cholécystendysis* (Courvoisier) ; ce procédé consiste à tailler la vésicule biliaire, à oblitérer l'incision et à abandonner ensuite la vésicule dans la cavité abdominale, opération qui peut se faire en deux temps, suivant une modification imaginée par Senger (1).

3° La cholécystentérostomie ou abouchement de la vésicule biliaire dans l'intestin.

4° La cholécystectomie ou extirpation de la vésicule biliaire.

5° Puis les opérations sur les canaux biliaires, et comme telles l'auteur étudie successivement : le cathétérisme des voies biliaires, l'extraction de calculs hors du canal cystique, hors du canal cholédoque, à travers la vésicule ou à travers une incision pratiquée dans la paroi du canal (cholédochostomie), la cholélithotripsie, l'extraction de calculs hors du canal hépatique, la cholédocho-entérostomie.

Dans deux autres chapitres, l'auteur s'occupe d'abord des opérations nécessitées par les perforations internes consécutives à des ulcérations et par les fistules des voies biliaires, puis des quelques exemples connus de laparotomie exploratrices et inachevées, pratiquées à l'occasion de maladies des voies biliaires.

Un sixième chapitre, le plus important de tous, est intitulé : *Critique des différentes opérations laparotomiques. Comparaison de ces opérations entre elles. Leur justification. Indications et contre-indications.* Nous regrettons de ne pouvoir le reproduire tout entier étant donné l'intérêt tous les jours croissant qui s'attache à la chirurgie des voies biliaires. Quelques mots relatifs aux conclusions tirées par l'auteur s'imposent, car ces conclusions, basées sur les statistiques les plus complètes qui aient été publiées jusqu'ici et sur une judicieuse critique des faits, contredisent certaines des opinions qui ont cours en France sur la valeur respective des différents procédés opératoires.

Ainsi M. Courvoisier soutient et prouve que l'établissement d'une fistule biliaire n'est pas, en thèse générale, moins dangereuse que la cholécystectomie et la cholécystostomie idéale, qu'elle n'assure pas la conservation de la vésicule, qu'elle ne prémunit pas contre les récidives dans les cas de lithiase.

M. Courvoisier montre que la cholécystostomie dite idéale n'a pas donné des résultats inférieurs à ceux de la cholécystostomie dite naturelle, eu égard à la mortalité, et qu'à ce point de vue ses résultats sont un peu meilleurs que ceux fournis par la cholécystectomie. Or, elle a pour avantages propres d'épargner au malade les ennuis d'une fistule biliaire et de lui conserver sa vésicule. Elle est indiquée dans les cho-

(1) Voir *Gazette médicale*, 1890, n° 9, p. 102.

lélithiases graves, avec état relativement normal des parois de la poche, et quand existent des circonstances qui s'opposent à la pratique de la cholécystectomie. Elle est contre-indiquée dans les cas où les parois de la vésicule sont envahies par des altérations graves, et lorsque les canaux biliaires sont obstrués. Ce n'est donc pas une opération abandonnée ou méritant de l'être, comme on l'a dit un peu légèrement en France.

La cholécysto-entérostomie est appelée à entrer en concurrence sérieuse avec la cholécystostomie; c'est une opération peu dangereuse, indiquée surtout dans les cas de fistules biliaires qui sécrètent abondamment, et dans les cas de perforation traumatique ou ulcéreuse du cholédoque; elle est contre-indiquée chez les sujets affaiblis, et dans le cas d'obstruction du canal cholédoque.

Quant à la cholécystectomie, relativement peu dangereuse quand elle est pratiquée par des mains habiles, elle a l'avantage d'assurer une guérison radicale et rapide, sans persistance d'une fistule. et il n'est pas démontré jusqu'ici que l'ablation de la vésicule entraîne des troubles sérieux de la santé. Elle est indiquée dans les cas de cholélithiase grave de vieille date, d'hydropisie de la vésicule, d'altérations grave (empyème, ulcérations, ratatinement, carcinome) des parois de la poche, et quand celle-ci vient à se rompre. Elle est contre-indiquée quand existent des adhérences solides de la vésicule avec les parties avoisinantes, et dans les cas d'obstruction irréductible du cholédoque.

Un dernier chapitre est consacré à la technique des opérations qui ressortissent à la chirurgie des voies biliaires.

Enfin, un index, placé à la fin du livre, comprend l'indication des travaux cités dans le cours de l'ouvrage, puis celle des faits cliniques, au nombre de *dix-sept cent soixante-treize*, utilisés par l'auteur.

Bref, il s'agit d'une œuvre admirablement documentée dans sa concision, et on peut dire, sans craindre d'abuser d'une formule devenue banale, que sa lecture s'impose à tous ceux qui s'intéressent à la chirurgie des voies biliaires.

E. Ricklin.

BULLETIN

Au nombre des questions d'importance majeure que soulève une étude d'ensemble sur la tuberculose, on peut mettre au premier rang celle de l'alimentation et des effets de celle-ci sur la santé publique. Le dernier congrès tenu à Paris et le congrès d'hygiène récemment tenu à Londres ont reconnu implicitement l'intérêt qui s'attache à cette question en lui faisant tous deux les honneurs d'une longue discussion. Mais l'accord ne paraît pas s'être établi d'une manière définitive, et la divergence des vues exprimées ne cessera vraisemblablement que dans un temps encore fort éloigné, quand l'expérience secondée par les données de l'expérimentation aura résolu un certain nombre de points restés litigieux. C'est ainsi que les orateurs inscrits pour ce débat ont exprimé des opinions assez différentes en ce qui concerne la fréquence et la généralisation de l'infection tuberculeuse chez les animaux dont la chair est employée habituellement pour la consommation, et aussi en ce qui concerne le degré de virulence imputable aux tissus contaminés. M. Arloing, un de ceux qui ont le plus approfondi ce sujet, s'est prononcé résolument dans le sens de la prohibition générale et absolue de toute chair provenant d'un animal porteur d'une lésion tuberculeuse quelconque, même limitée en apparence et strictement localisée: c'est à peine si notre confrère a voulu admettre quelques exceptions, à peu près négligeables dans l'espèce, la condamnation formulée par lui n'ayant pour correctif dans l'espèce que des mesures financières destinées à compenser les pertes considérables qui résulteraient du fait de la prohibition. Une proposition aussi radicale est-elle admissible? Et peut-on dire qu'elle est réellement justifiée par l'état actuel de nos connaissances?

La discussion qui a eu lieu sur ce sujet, entre des orateurs également compétents, nous autorise à rester ici dans une réserve prudente. Si personne ne conteste l'opportunité d'écarter de l'alimentation toute partie reconnue altérée après l'abatage, en revanche, on n'acceptera pas aussi facilement le sacrifice de tout le corps de l'animal, parce qu'il faudrait précisément démontrer que l'existence de cette lésion locale peut suffire à elle seule à produire la contamination du reste de l'économie. Or, c'est cette preuve qui est nécessaire et que M. Burdon-Sanderson déclare attendre encore à l'heure actuelle. Les expériences instituées de toutes parts dans le but de résoudre cette question, sont loin d'avoir donné des résultats identiques. S'il est vrai que M. Chauveau a pu rendre des génisses tuberculeuses en les nourrissant avec la matière provenant d'une vache malade, par contre, M. Nocard affirme avoir échoué complètement dans des essais analogues faits sur de jeunes chats, animaux généralement très sensibles à l'action du virus bacillaire. Un autre argument négatif d'une très grande valeur réside dans cette constatation déjà signalée souvent et invoquée à nouveau par M. Burdon-Sanderson, savoir la rareté relative de l'infection par la voie intestinale, comparée à la fréquence de l'infection par la voie pulmonaire. Ce fait tend à prouver que, d'une manière générale, le danger de l'absorption gastro-intestinale du germe tuberculeux est minime, presque négligeable : cette remarque étant d'ailleurs applicable à l'homme adulte bien plus qu'à l'enfant, chez lequel le système lymphatique fonctionne avec une activité qui constitue par elle-même une prédisposition à toutes les infections. On peut encore invoquer l'absence de preuves morphologiques, qui serait pourtant exigible dans l'espèce: nous voulons parler de la constatation du bacille spécifique dans le tissu musculaire. Jusqu'à présent, cette preuve n'a été fournie que par un petit nombre de cas. En réalité, il est reconnu maintenant que les muscles, qui représentent à proprement parler la viande de boucherie, échappent ordinairement et d'une manière complète à l'affection bacillaire. L'argument tiré de la généralisation de cette infection manque donc de la démonstration nécessaire

A un autre point de vue, on pourrait aussi, avec M. Burdon-Sanderson, rappeler opportunément que la tuberculose bovine, spécialement visée dans la question, est une maladie à marche lente, susceptible de se cantonner pendant des mois et même des années dans un viscère où dans un système organique sans en franchir les limites, fait qui ne peut que corroborer l'argument tiré de l'intégrité habituelle du tissu musculaire, et dans lequel on doit voir une garantie de réelle valeur. Toujours est-il que ces différentes objections sont sérieuses et qu'elles plaident plutôt contre l'absolutisme de M. Arloing, lequel mérite en plus le reproche de faire trop aisément table rase des nécessités sociales. En effet, il faut tenir compte des exigences et des difficultés de l'alimentation publique, difficultés très réelles, surtout quand il s'agit des classes pauvres, les plus nombreuses encore, malgré l'aisance relative de l'époque actuelle. Or, celles-ci seraient exposées à mourir de faim, ainsi que M. Leblanc le disait à la dernière séance académique, si l'on poussait la logique jusqu'à l'abus des lois

de l'hygiène alimentaire. Et c'est précisément cet abus que serait réalisé si on voulait tirer les dernières conséquences des formules prohibitives que M. Arloing parle d'imposer à l'avenir.

D'ailleurs on peut ajouter aux considérations précédentes, celles qui sont relatives aux garanties que donne la préparation même des aliments contre le danger d'infection intestinale. Il est de fait que, pour notre pays du moins, des habitudes culinaires à peu près universelles rendent ce danger vraiment illusoire! L'usage si répandu chez nous de faire subir aux viandes une cuisson prolongée représente ici une garantie suffisante, aussi complète que celle qu'elle confère vis-à-vis de certaines autres infections, parmi lesquelles l'infection trichinense si souvent citée et qui, précisément pour une raison inverse, exerce encore dans certains pays beaucoup plus de ravages que dans le nôtre. Nous dirons donc, en manière de conclusion, que le péril de la contagion tuberculeuse par les aliments a été certainement exagéré, et que l'on peut trouver contre lui une protection efficace dans un mode de préparation convenable des viandes suspectées. Cette conclusion n'est pas nouvelle et on pourrait même la trouver banale et superflue; cependant, il était peut-être bon de formuler à nouveau et expressément, pour réagir contre un radicalisme scientifique dont l'application officielle mènerait bien vite à de véritables excès d'autorité en matière de législation alimentaire.

P. M.

NOTES ET INFORMATIONS

Association française pour l'avancement des sciences. — La section des sciences médicales de l'Association française pour l'avancement des sciences a mis à l'ordre du jour la question du *traitement de la tuberculose.*

M. L.-H. Petit a résumé les communications faites au Congrès de la tuberculose. Ce résumé imprimé sera distribué à Marseille aux membres de la section.

Les membres de l'Association qui désireraient le recevoir plus tôt, sont priés de venir le retirer au Secrétariat, 28, rue Serpente, avant le 12 septembre.

Conflit entre l'administration et les internes des hôpitaux de Marseille. — Les journaux de Marseille s'étant plaints à diverses reprises du refus de l'admission des malades dans les hôpitaux, les internes ont tenu à dégager leur responsabilité par une note parue dans la presse locale.

La publication de cette note fut aussitôt suivie d'une mesure disciplinaire consistant en la suspension du traitement pendant trois mois et la suppression des sorties du soir; cette mesure atteignit tous les internes de l'hôpital de la Conception.

Ceux-ci, refusant de se soumettre à la seconde partie de la punition, ont demandé qu'elle fût rapportée, en déclinant toute responsabilité dans le cas où l'administration persistant dans ce refus, ils se verraient obligés d'abandonner le service des malades.

L'administration des hospices maintenant l'intégralité de la punition, tous les internes viennent d'adresser collectivement leur démission au président de la commission administrative des hospices.

Les services médicaux sont donc en souffrances. Tous les externes et tous les étudiants appuient les revendications de leurs camarades, lesquels se sont assuré également par lettre le concours des internes et étudiants des autres villes.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris.

CONCOURS ENTRE LES INTERNES EN PHARMACIE. — *Première division.* — Médaille d'or et bourse de voyage : M. Desgrez, Alexandre, interne au Midi. — Médaille d'argent : M. Lefèvre, Camille, interne au Midi.

Deuxième division. — Médaille d'argent : M. Michel, Charles, interne à la Maternité. — Accessit, livres : M. Courtois, interne à l'hôpital Tenon. — Mention : M. Tendron, Edmond, interne à l'hôtel-Dieu.

Corps de santé militaire.

On été nommés :

Au grade de médecin aide-major de 2e classe (réserve). — MM. les Drs Bouisson, Lion, Jaugey, Bouju, Cézilly, Raulin, Roffard, Franceschi, Vignard, Marqueyrol, Sous, Abel Vigouroux, Monin, Cotton, Millet, Lenchantin de Gubernatis, Devillers, Durand, Gaube, Deshrières, Claa, Vaton, de Coquet, Auguste Vigouroux, Lalitte et Zaleski.

Au grade de médecin-major de 2e classe (armée territoriale). — MM. Richard, Mosimann et Boussavit, médecins-majors de 2e classe de l'armée aétive, démissionnaires.

Au grade de médecin aide-major de 1re classe. — M. Lannois, médecin aide-major de 1re classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de 2e classe. — MM. Soutoul, Maurin, Helme, Raymonenq, Allard, Charier, Ducasse, Valat, Ménard et Duchon-Doris.

Corps de santé de la marine.

A été nommé :

Au grade de médecin de 2e classe (réserve). — M. le Dr Loussot, médecin de 2e classe des colonies, démissionnaire.

Corps de santé des colonies et pays de protectorat.

Ont été nommés :

Au grade de médecin en chef de 2e classe. — M. le médecin principal de la marine Lecorre.

Au grade de médecin de 2e classe. — MM. les médecins auxiliaires de 2e classe de la marine Lépinay, Patriarche et Ollivier.

Cours de vacances. — Le Dr Landouzy, agrégé, médecin de l'hôpital Laënnec, fera, chaque jour, audit hôpital, à dix heures du matin, à partir du lundi 14 septembre, avec l'aide de ses anciens internes, un cours théorique, pratique et clinique de médecine interne, avec démonstrations bactérioscopiques (présentation : sur préparations ; sur milieux de culture ; sur animaux inoculés), des éléments pathogènes ressortissant aux maladies et aux malades étudiés dans le cours : pneumonie, érysipèle, diphtérie, charbon, tuberculose, fièvre typhoïde, etc., etc.

Ajournement au premier examen de doctorat. — Les aspirants au grade de docteur en médecine, ajournés au premier examen, pendant les sessions de juillet et de novembre, peuvent renouveler cet examen à une session spéciale, qui sera ouverte dans la première quinzaine de janvier, au siège des Facultés.

Ces étudiants sont admis, sur leur demande écrite, aux travaux pratiques de deuxième année, à la condition de payer le droit supplémentaire (40 francs).

En cas d'échec à la session de janvier, ils sont définitivement ajournés à la session de juillet suivant, et ne peuvent prendre aucune inscription de deuxième année.

En cas de succès, et sur la justification de leur participation effective aux travaux pratiques de deuxième année, ils sont admis à prendre immédiatement les 5e et 6e inscriptions à titre rétroactif.

Légion d'honneur. — MM. Roux (de Lausanne), J. Bœckel (de Strasbourg) et Thiriar (de Bruxelles) ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur pour leur participation aux travaux du Congrès français de chirurgie depuis sa fondation.

Asiles d'aliénés de la Seine. — Par arrêté du ministre de l'intérieur, en date du 13 août, il est créé deux emplois de médecins-adjoints à l'asile d'aliénés de Villejuif.

Sont nommés aux emplois de médecins-adjoints créés à l'asile d'aliénés de Villejuif : le Dr Sérieux, médecin-adjoint à l'asile public d'aliénés de Vaucluse; et le Dr Rouillard, chef de la clinique des maladies mentales (concours de 1888), médecin-adjoint à l'asile Sainte-Anne.

Les Drs Sérieux et Rouillard sont maintenus dans la 2e classe du cadre. Ils continueront en conséquence à recevoir chacun dans son nouveau poste, outre le logement, le chauffage et l'éclairage dans l'établissement, le traitement de 2,500 francs déterminé par le décret susvisé du 4 février 1875.

Hopital de Berck-sur-Mer. — *Concours pour une place de chirurgien de l'hôpital de Berck-sur-Mer (Pas-de-Calais).* — Un concours pour la nomination à la place de chirurgien de l'hôpital de Berck-sur-Mer sera ouvert le jeudi 22 octobre 1891, à midi, dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

MM. les docteurs qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration depuis le lundi 14 septembre jusqu'au mercredi 7 octobre inclusivement, de 11 heures à 3 heures.

Les praticiens étrangers en Belgique. — Un arrêté royal du 1er août règle la procédure à suivre pour ceux qui, ayant obtenu à l'étranger un diplôme universitaire, veulent exercer en Belgique la profession d'avocat, de médecin et de vétérinaire. C'est le jury central qui vérifie les titres et les diplômes des postulants, et décide s'il y a lieu de leur faire passer un examen supplémentaire, dont il arrête le programme.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 23 AU 29 AOUT 1891

Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 0. — Rougeole, 13. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 8. — Diphtérie, croup, 14. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 176. — Autres tuberculoses, 31. — Tumeurs cancéreuses et autres, 36. — Méningite, 25. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 32 — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 4. — Maladies organiques du cœur, 50. — Bronchite aiguë et chronique, 33. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 41. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 111. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3 — Autres affections puerpérales, 4. — Débilité congénitale, 12. — Sénilité, 20. — Suicides et autres morts violentes, 30. — Autres causes de mort, 150. — Causes inconnues, 8. — Total 815.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,

J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

CHIMIE APPLIQUÉE A LA THÉRAPEUTIQUE

LA BALNÉATION CHLORURÉE-SODIQUE, SES EFFETS SUR LA NUTRITION, SES NOUVELLES INDICATIONS

Par M. Albert Robin
Membre de l'Académie de médecine.

Voici longtemps déjà que je m'efforce de mettre en valeur le rôle capital que la chimie des échanges peut jouer en thérapeutique, et comment cette étude conduit à des indications si précises qu'elles prennent, pour ainsi dire, un caractère mathématique. A propos de l'antipyrine, en particulier, j'ai montré que lorsqu'on connaissait exactement l'action d'un agent médicamenteux sur les échanges, l'on devait fixer par avance et sans expérimentation préalable toute l'étendue de ses applications thérapeutiques, comme aussi de ses contre-indications. Cette étude a été fructueuse, puisqu'elle m'a permis, entre autres résultats, de préciser l'emploi de ce médicament dans la polyurie et le diabète, d'en faire un agent de dépression nerveuse, d'en contre-indiquer formellement l'emploi dans toutes les maladies fébriles, sauf dans la fièvre hectique des tuberculeux. Aujourd'hui, je veux appliquer le même principe et la même étude à la balnéation chlorurée-sodique, avec l'espoir que la récolte produira des faits nouveaux, immédiatement applicables à la clinique thermale.

La balnéation chlorurée-sodique produit à Salies-de-Béarn, Salins, Salins-Moûtiers, Rheinfelden, Kreuznach, etc., des effets vraiment merveilleux, que tout médecin a certainement eu l'occasion de constater. Les maladies les plus dissemblables peuvent bénéficier de cette cure. Elle s'adresse avec le même succès aux anémies, à la chlorose, au lymphatisme et à la scrofule, au rachitisme, aux rhumatismes chroniques, aux accidents tertiaires de la syphilis, à plusieurs affections utérines, telles que anomalies menstruelles, métrite, salpingite et périmétrite chroniques, fibromes utérins, etc., aux affections chroniques des os et des articulations. Cette médication joue donc, en hydrologie, un rôle de premier ordre, et l'on peut dire, sans craindre d'être taxé d'exagération, que lorsqu'elle n'est pas décisive, elle a, tout au moins, le rare mérite de préparer ou d'achever des guérisons qui n'auraient point été obtenues sans elle.

Voilà le fait. Il a été acquis à la science par une longue expérience clinique, et rien ne saurait désormais l'infirmer. C'est une connaissance immuablement assise, et le talent du médecin hydrologue ne consiste plus qu'à faire les distinctions indispensables d'époque, de siège, de forme et de complications, qui constitueront autant d'indications secondaires dont on aura à tenir grand compte dans le mode d'application de la cure.

Si l'on veut aller plus loin et étendre le champ d'action de la balnéation chlorurée sodique, si l'on veut surtout déterminer avec précision les limites de son emploi et donner à ses indications ce caractère de certitude qui doit demeurer l'objectif à atteindre, les formules de la clinique du passé sont insuffisantes.

Cette clinique qui a créé l'hydrologie et à qui l'on doit tout ce que nous savons de réel sur l'action des eaux minérales, qui, s'appuyant sur une observation plus que séculaire, a lentement mais sûrement fixé les indications et les contre-indications, cette clinique, dis-je, a donné son maximum de résultats. Si elle doit rester la base et le contrôle de toute marche en avant, elle n'en saurait être le guide.

Pour remplir cette tâche nouvelle et ouvrir à la vieille clinique de nouveaux horizons, il suffit d'étendre les anciens procédés d'investigation et de lui en fournir de nouveaux. L'auscultation, la percussion, le thermomètre, le microscope, ont déjà, dans le cours de ce siècle, révolutionné la clinique en lui fournissant les moyens de voir et d'entendre mieux et de plus près. Voici venir maintenant la chimie biologique, qui permettra de lire dans la nutrition, de chiffrer les échanges, de matérialiser cette chose jusqu'ici insaisissable qu'on nomme l'activité vitale, et à l'aide de laquelle on peut — j'en ai fourni depuis dix-huit ans des preuves irrécusables et irrécusées — saisir les premiers linéaments de l'acte morbide, de cet acte antérieur à la lésion, qui la prépare ou la conditionne, et qui, purement fonctionnel, est encore modifiable par la thérapeutique.

D'un autre côté, la chimie biologique précisera le mode intime d'action de la balnéation hydro-minérale ; elle montrera comment se modifient les échanges sous l'influence de cette méthode thérapeutique ; elle pénétrera le mystère de ces actions curatives dont le mécanisme n'a point encore été révélé. Grâce à ce puissant moyen d'investigation, l'hydrologie peut être, sinon renouvelée, du moins complétée, et l'indication de ses méthodes retirera de ce genre d'études quelque chose de net et de bien déterminé, qui réalisera, dans la mesure du possible, ce grand desideratum de la médecine, à savoir la détermination de l'opportunité thérapeutique.

II

Voici longtemps déjà qu'on cherche à pénétrer le mode d'ac-

tivité de la médication hydrologique et du bain chloruré-sodique, en particulier. On a bâti sur des expériences incomplètes des théories que le premier souffle de la critique a renversées, et Leichtenstein a pu écrire dans sa *Thérapie balnéaire générale* « que nos connaissances actuelles ne suffisent pas pour établir une théorie satisfaisante ou une explication des effets des eaux minérales sur les différents états pathologiques. Au point de vue présent, la thérapie balnéaire repose sur l'empirisme ».

Pendant longtemps, on a cru que les principes chimiques dont l'eau est chargée pénétraient à travers la peau dans l'organisme, de sorte que le mode de pénétration des substances actives dans la circulation constituait la seule différence entre les eaux prises en boisson et celles prises en bains.

Je ne reviendrai pas sur les mémorables discussions qui ont, à ce propos, occupé les Sociétés savantes. La question est aujourd'hui jugée; et, dès les travaux de Beneke, on peut dire qu'elle était déjà résolue. Depuis lors, la littérature médicale s'est enrichie d'un nombre considérable de travaux confirmatifs, dont on trouvera l'indication dans tous les traités de balnéo-thérapie et dans le volume de la *Physiologie*, de Hermann, consacré à la peau.

Mais voici que, tout récemment, Koppf, plongeant dans un bain de sublimé ou d'iodure de potassium les différentes extrémités du corps, affirme qu'il retrouvait chaque fois, dans les urines, des traces de mercure ou d'iode. Le même résultat était obtenu, soit en lavant préalablement les membres avec de l'eau de savon, soit en négligeant cette précaution. Cependant, Koppf constate qu'après nettoyage de la peau avec le savon, l'alcool et l'éther, l'absorbtion était plus manifeste.

Cependant, des recherches faites pas Stas avec des bains chargés d'arséniate de potassium, et par Ritter avec des bains contenant de 4 à 5 p. 100 d'acide salicylique, donnaient des résultaient diamétralement opposés; et si Ritter parvenait à retrouver dans l'urine des traces d'acide salicylique, il l'attribuait avec raison à certaines lésions épidermique qui constituaient comme autant de portes d'entrée.

Devant ces affirmations contradictoires, M. Keller, de Rheinfelden, a repris l'étude du problème. En suivant un régime toujours identique à lui-même, il a constaté que, pendant une période de sept jours de bains chlorurés-sodiques à 3 p. 100, le chlore urinaire augmentait de 31,3 p. 100, tandis que le même élément diminuait de 33 p. 100 sous l'influence de l'eau simple.

Dans une deuxième série d'expériences, M. Keller s'assura qu'il était impossible de retrouver la moindre trace d'iode dans l'urine pendant une période de bains contenant 3 p. 100 d'iodure de sodium; aussi tira-t-il de ses recherches les conclusions suivantes :

1° La peau saine et intacte l'homme n'absorbe pas pendant les bains;

2° L'augmentation du chlore après les bains salins n'est point due à une absorption par la peau.

Ainsi donc, la question semble parfaitement résolue, et il est aujourd'hui certain que les matières salines contenues dans une eau minérale prise en bain n'agissent pas par l'intermédiaire d'une absorption cutanée.

Il faut donc chercher dans une action directe exercée sur la peau le secret des effets indéniables que l'on obtient avec les bains salins. La peau peut être considérée comme vaste surface nerveuse sur laquelle les solutions salines viennent stimuler, d'une manière variable, les extrémités des nerfs périphériques, et par voie centripète, les centres nerveux, régulateurs de la nutrition élémentaire. De façon que, si l'on peut concevoir que les éléments minéraux d'une eau prise en boisson puissent agir sur la nutrition à la fois par leur action directe sur les éléments anatomiques et par l'intermédiaire de leurs effets sur le système nerveux, il est impossible de voir, dans les résultats des bains salins, autre chose qu'une action exercée indirectement sur la nutrition par le moyen d'une influence frappant directement le système nerveux.

La preuve en a été fournie, il y a longtemps déjà, par Röhrig et Zuntz, qui ont montré que les excitations cutanées accroissaient en même temps la consommation d'oxygène et l'élimination des divers produits des oxydations élémentaires. Dans les bains salins, il faut considérer deux choses : d'abord la température, ensuite la composition. Il paraît démontré que, chez un individu sain, les bains d'eau simple à 34—35° ne modifient pas ou modifient peu les échanges organiques. Par conséquent, c'est aux éléments minéraux qu'on est en droit d'attribuer les modifications de l'excitabilité nerveuse cutanée qui viennent, réflexement, influencer la nutrition élémentaire.

(*A suivre.*)

PATHOLOGIE MÉDICALE

L'ENDOCARDITE INFECTIEUSE DANS LA GRIPPE

Par le Dr Fiessinger (d'Oyonnax).

Nous avons successivement signalé les manifestations rénales, vésicales, la tuméfaction parotidienne et la méningite spinale dans la grippe.

Il s'agit aujourd'hui de l'endocardite grippale. C'est là une complication absolument rare, puisque nous ne l'avons rencontrée qu'une fois sur les centaines de grippes dont nous avons recueilli les observations. De plus, nous ne l'avons trouvée signalée nulle part (1).

En vain avons-nous attendu une seconde observation qui, ajoutée à la première, eût donné plus d'intérêt à notre publication. Il ne s'en est pas présenté.

Voici le fait :

Un enfant de 4 ans contracte la grippe endémique du pays le 28 octobre 1890. Il a des frissonnements, de la céphalalgie, du coryza, de la toux. La température oscille autour de 39°. L'enfant se plaint de douleurs dans les mains et les pieds, sans que l'on constate aucun gonflement articulaire ni aucune gêne dans les mouvements. Le ventre est ballonné et douloureux. On ne découvre pas de taches rosées. Il existe de la constipation. La rate ne semble pas hypertrophiée. Les organes thoraciques sont sains.

La fièvre se maintient sans rémission pendant une quinzaine de jours, sans qu'aucun signe morbide explique cette durée insolite. Nous portons le diagnostic de grippe prolongée, c'est-à-dire grippe s'éternisant sans cause apparente. De cette forme spéciale de la grippe, nous avons publié plusieurs observations où la guérison a tardé jusqu'au vingt-cinquième jour.

Et voici venir tout à coup une endocardite mitrale, se traduisant à la pointe du cœur par un souffle à timbre rude, couvrant la systole et la diastole et se prolongeant dans l'aisselle.

(1) Au cours de la dernière épidémie de grippe, G. Sée (*Acad. méd.*, 19 août 1890) dit avoir observé un certain nombre d'endocardites qui ressemblaient à de la pyohémie. A l'autopsie, il retrouvait des streptocoques aussi bien dans les endocardites végétantes que dans les endocardites ulcéreuses.

Nous sommes au dix-septième jour La fièvre, qui était tombée à 38°, se relève et atteint près de 39°. Le pouls, d'abord régulier, faiblit peu à peu et présente des intermittences. Des râles humides envahissent les bronches. L'oppression est vive ; les lèvres sont cyanosées; les extrémités se refroidissent et, en dépit de la digitale, de la caféine, de l'éther, la mort survient sept jours après le début de la complication.

Le diagnostic de grippe s'imposait chez notre petit malade. La grippe alitait en même temps d'autres enfants et la maladie offrait tous les caractères qui lui sont familiers dans la région.

Il y a quelques années, nous avons baptisé cette grippe du nom de « grippe infectieuse », et la complication d'endocardite que nous venons de signaler est bien faite pour légitimer cette appellation. Elle rapproche en effet la grippe de la pneumonie, de l'érysipèle, de la scarlatine, etc., toutes affections qui peuvent être compliquées d'endocardites.

Mais dire qu'une maladie est infectieuse ne nous renseigne pas sur la nature de l'agent pathogène; et c'est dans une ignorance semblable que nous restons vis-à-vis de la grippe.

Teissier (de Lyon) pense avoir découvert le microbe de la grippe, dans un diplocoque unicapsulé pathogène pour les animaux.

Il nous semble que vouloir faire de la grippe une maladie toujours la même et provoquée par un organisme univoque, est loin de constituer une opinion irréfutable.

Il existe au moins deux sortes de grippes : 1° celle qui a fait le tour de l'Europe dans l'hiver de 1889 et dont Teissier a peut-être isolé l'agent pathogène. Cette grippe est fort contagieuse et passe rapidement sur un pays; 2° la grippe endémique dans un grand nombre de régions et particulièrement dans nos montagnes. Celle-ci naît sur place, ne constitue pas une maladie d'importation comme la précédente et se montre peu contagieuse. On l'observe de préférence dans les mois froids et pluvieux.

Depuis trois mois, nous étudions la pathogénie de la grippe endémique, et sans pouvoir encore donner des résultats définitifs, nous sommes porté à penser que la grippe endémique englobe sous cette dénomination unique des affections diverses, ou plutôt des affections à symptomatologie à peu près identique, mais provoquées par des germes pathogènes différenciés. C'est ainsi que le pneumocoque, le streptocoque, d'autres organismes peut-être encore, pourraient produire la grippe. La fièvre herpétique, qui semble n'être qu'une grippe avec herpès, est-elle une infection pneumococcienne? C'est ce que l'avenir apprendra. La grippe gastro-intestinale est-elle sous la dépendance du même microorganisme que la grippe thoracique? Nous l'ignorons.

Certaines fièvres prétuberculeuses, dues au bacille de Koch, affectent l'aspect d'une grippe. L'absence d'une épidémie de grippe dans la région, les commémoratifs, l'aspect malingre de l'enfant, permettront seuls le diagnostic différentiel.

Pourquoi ne pas donner à ces fièvres le nom de « grippes tuberculeuses » ?

La grippe comprendrait ainsi un certain nombre d'infections d'origines diverses; mais la durée souvent courte de ces infections n'en permettrait pas toujours la différenciation clinique, ou bien, dans les cas où le mal dure plus longtemps, le diagnostic, en présence de la banalité fréquente des symptômes, ne pourrait se faire que par exclusion.

Le nom de grippe se trouvera donc insuffisant pour nous renseigner sur l'entité morbide à laquelle nous avons affaire. Il faudra lui joindre une épithète indiquant la nature du germe pathogène qui la provoque.

Nous aurions ainsi une grippe pneumococcienne, streptococcienne, tuberculeuse, etc.

Cette classification aurait l'avantage de jeter un peu de lumière sur l'obscurité de ce sujet. Inutile d'ajouter qu'elle n'existe encore qu'à l'état d'hypothèse.

OBSERVATION. — *Garçon de 4 ans. — Grippe compliquée le 17e jour d'une endocardite infectieuse. — Mort le 24e jour.*

Jul... (Jules), âgé de 4 ans, toujours bien portant jusque-là, le 28 octobre 1890, a des frissonnements et se plaint de la tête; coryza et toux. Douleurs dans les genoux et les pieds.

Le 31. On ne constate pas d'hypertrophie de la rate ni de râles dans les bronches. T. m, 39°,5; T. s., 39°,5.

Prescription : Potion avec 20 centigr. de sulfate de quinine.

1er novembre. T. m., 39°,5; P. m., 124; T. s., 39°,5.

Epistaxis. L'enfant se plaint du ventre. Il est constipé.

Le 2. T. m., 39°,5; P. m., 144; T. s., 39°,4.

Douleurs dans les oreilles. L'enfant souffre des mains et des pieds. Les articulations sont libres et les douleurs ne sont pas exagérées par la pression.

Le 3. T. m., 39°,3; P. m., 140.

Le 4. T. m., 39°,3; P. m., 140; T. s., 39°.

Le 5. T. m., 39°,2; P. m., 140; T. s., 38°,8.

Les douleurs persistent, sans que l'on constate aucun gonflement articulaire. Le ventre est ballonné. L'enfant tousse un peu; l'examen de la poitrine reste négatif.

Le 6. T. m., 38°,8; P. m., 112; T. s., 39.

Le 7. T. m., 39°,2; T. s., 39°,1.

L'enfant continue de souffrir du ventre. On combat la constipation persistante à l'aide d'une cuillerée d'huile de ricin.

Le 8. T. m., 39°; T. s., 39°,2. Le ballonnement du ventre persiste. Les urines contiennent des traces d'albumine.

Le 9. T. m., 38°,8; T. s., 38°,9. La nuit est très bonne.

Le 10. T. m., 38°,5; T. s., 38°,5. La toux est fréquente. On ne trouve aucune lésion qui explique la durée de cette fièvre. Pas de taches rosées sur le ventre.

Le 11. T. m., 38°,5; P. m., 140; T. s., 39. L'enfant s'est plaint du ventre toute la nuit. Il accuse toujours ses douleurs dans les mains et les pieds.

Le 12. T. m., 39°; T s., 38°.

Le 13. T. m., 38; T. s, 38°6.

A la pointe du cœur, on constate un bruit de souffle couvrant la systole et la diastole, à timbre rude, presque râpeux se propageant vers l'aisselle. La pointe du cœur bat à deux travers de doigt au-dessous et un peu en dedans du mamelon. La matité transversale du cœur n'est pas augmentée. Le pouls est monté à 160. Il est régulier.

Le 14. T. m., 38°,8; P., 160; T. s., 38°,9.

On ordonne 0,20 d'iodure de potassium.

Le 15 T. m., 38°,1; T. s., 37°,8.

Le 16. T. m., 38°,2; P., 160; T. s., 37°,6.

Le 17. T. m., 38°,2; P., 160; T. s., 38°,3.

Le 18. T. m., 38°,2; T. s., 38°,3. Le souffle au cœur persiste avec les mêmes caractères. On perçoit des râles muqueux dans les bronches. L'enfant a des vomissements bilieux.

Le 19. Les battements du pouls sont faibles, irréguliers. L'enfant est oppressé.

Prescription : 5 gouttes de teinture de digitale.

T. m., 38°,2; T. s., 38°,3. Des râles humides envahissent les deux bases des poumons.

Prescription : 5 gouttes de teinture de digitale.

Le 20. T. m., 38°,2; Les extrémités sont froides, cyanosées. Les pieds enflent. Le cœur est animé de battements rapides et irréguliers.

On donne une injection sous-cutanée avec 15 centigr., de caféine, un tiers d'une injection d'éther.

L'enfant se réchauffe quelque peu après ces injections. Il demande à boire. Les vomissements ont cessé.

Mort à 5 heures du soir.

REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE DE L'ŒSOPHAGE

I. — CONTRIBUTIONS A LA PATHOLOGIE DE L'ŒSOPHAGE, par le Dr O. LEICHTENSTERN. (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1891, n° 14, p. 489, et n° 15, p. 533.)

II. — DIVERTICULE DE L'ŒSOPHAGE AVEC DÉGÉNÉRESCENCE CANCÉREUSE, par les Drs EDGREN et QUENSET. (*Hygiea*, oct. 1890. Analysé in *Centralblatt für Chirurgie*, 1891, n° 9, p. 179.)

III. — DIVERTICULE DE L'ŒSOPHAGE, GASTROTOMIE, MORT SIX ANS PLUS TARD, par le Dr WHITEHEAD. (*The Lancet*, 3 janv. 1891.)

IV. — ŒSOPHAGITE EXFOLIATIVE, par le Dr V. REICHMANN. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1890, n° 46, p. 1014.)

V. — SUR LA RECHERCHE DES FISTULES ŒSOPHAGO-TRACHÉALES, par C. GERHARDT. (*Charité-Annalen*, t XV, p. 156.)

VI. — CAS D'ŒSOPHAGOTOMIE, par Thomas MORSE. (*British Medical Journal*, 21 février 1891.) — IDEM, par FURNER. (*The Lancet*, 1891, n° 18.) — IDEM, par DEAWER. (*Medical News*, 3 mai 1890.)

VII. — UN CAS RARE DE CANCER DE L'ŒSOPHAGE, par BISCHOF. (*Münchner Medicin. Wochenschrift*, 1890, n° 12)

I. — Une première observation de Leichtenstern se rapporte à un cas d'énorme dilatation sacciforme de l'œsophage, sans rétrécissement mécanique de ce conduit, chez une jeune fille qui, depuis sept ans, souffrait de vomissements incoercibles. On avait porté le diagnostic de vomissements d'origine hystérique, en l'absence de tout signe objectif en rapport avec une lésion organique de l'estomac. Cependant, un des médecins qui avait donné ses soins à la jeune fille, n'ayant pu franchir le cardia lors de tentatives réitérées de cathétérisme, avait diagnostiqué un rétrécissement de cette portion du tube digestif.

La jeune fille succomba aux progrès du marasme engendré par l'inanition. A son autopsie, on trouva la lésion sus dite. La dilatation sacciforme siégeait au niveau de l'ouverture supérieure du thorax; elle occupait la portion thoracique de l'œsophage sur toute son étendue; puis, vers sa partie terminale, l'œsophage reprenait subitement son calibre normal. La dilatation avait la forme d'un ellipsoïde allongé, d'une véritable ampoule. Dans sa plus grande largeur elle mesurait 17 centimètres 1/2, et 8 centimètres à ses deux extrémités. Sa longueur était de 22 centimètres. Le cardia était fortement contracté; un effort assez considérable était nécessaire pour vaincre la résistance élastique qu'il opposait au passage du petit doigt. La muqueuse du cardia présentait d'ailleurs un aspect absolument normal. Au niveau de la dilatation sacciforme, la muqueuse de l'œsophage était entièrement lisse, de même aspect qu'une séreuse, d'un rouge clair. En certains points, elle se soulevait sous forme d'îlots dont le diamètre variait de celui d'une pièce de cinquante centimes à celui d'un franc. Ces îlots étaient teintés en gris et présentaient le même aspect que la langue avec ses papilles. Ils s'agissait, en somme, d'hypertrophies circonscrites de l'épithélium et du corps papillaire. Au niveau de l'ampoule, la paroi de l'œsophage était énormément hypertrophiée, et toutes ses couches participaient à cette hypertrophie; son épaisseur atteignait jusqu'à 5 millimètres. La portion pylorique de l'estomac était également le siège d'une hypertrophie manifeste.

Pour Leichenstern, la cause première de cette dilatation sacciforme de l'œsophage résidait dans un trouble grave de l'innervation, dans une contracture spasmodique du cardia, d'origine hystérique. A ce propos Leichenstern a rappelé que d'après les recherches d'Openchowsky, il existe un centre spécial, qui préside aux contractions du cardia et qui siége dans la partie postérieure des tubercules quatrijumeaux, et un autre qui préside à la dilatation de ce même organe et qui est compris dans la tête du corps strié.

— Un second malade était porteur de deux diverticules « par traction » de l'œsophage, dont l'un s'est ouvert dans les poumons entrainant la mort par gangrène pulmonaire. Le sujet était entré à l'hôpital à la suite d'une hémoptysie. En l'examinant, on constata l'existence d'une zone de matité dans les deux fosses sus-épineuses, à gauche surtout; à ce niveau on percevait des râles à timbre métallique, ainsi que les signes stéthoscopiques d'un catarrhe chronique des bronches. Puis, subitement, le malade fut pris d'un frisson; sa température interne s'éleva à 40°,4; il se mit à rendre des crachats fétides, en même temps qu'on percevait les signes d'une excavation pulmonaire. Après huit semaines de séjour à l'hôpital il succomba, et voici ce que fit constater l'autopsie:

L'œsophage ayant été fendu sur la ligne médiane de sa paroi postérieure. on découvrait sur la face interne de la paroi antérieure deux diverticules en forme d'entonnoir. Le supérieur, qui était situé immédiatement au-dessous du sommet de la cage thoracique, conduisait à travers un canal long de 1 1/2 centimètre et de la grosseur d'une sonde ordinaire jusque dans une caverne du volume d'un œuf d'oie, logée dans le lobe supérieur du poumon gauche. Cette caverne était tapissée par des franges gangreneuses. L'autre diverticule, situé à 4 centimètres plus bas, se terminait en cul de-sac, et son fond adhérait à un ganglion lymphatique caséifié. Il s'agissait donc d'un exemple de diverticules de l'œsophage, formés par tractions exercées sur ce conduit.

— Chez un troisième malade on a trouvé à l'autopsie un rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, consécutif à des adhérences de ce conduit avec des ganglions lymphatiques mélanotiques; ces ganglions s'étaient ouverts dans l'œsophage. Le rétrécissement siégeait au niveau de la bifurcation de la trachée. Ce cas paraît être unique en son genre. Le sujet de l'observation avait succombé aux suites de l'inanition entraînée par son rétrécissement.

— Enfin, une quatrième observation réalise un exemple de carcinome de l'œsophage. avec thrombose cancéreuse de la veine azygos, thrombose qui se continuait jusque dans la veine cave supérieure, l'oreillette droite et le ventricule droit. Autre particularité digne d'être mentionnée, le sujet présentait en outre les lésions d'une tuberculose ulcéreuse des poumons, du larynx, et de l'intestin.

II. — Une infirmière âgée de 41 ans toussait depuis deux mois et elle était devenue d'une extrême faiblesse, lorsqu'elle dut s'aliter. Elle éprouvait alors une sensation de tension dans le cou, comme si elle allait étouffer, et une grande sécheresse de la bouche. Au cou, elle portait une tumeur rappelant par sa forme le corps thyroïde, plus développée à droite, et des deux côtés, dans les fosses sus-claviculaires, des engorgements ganglionnaires.

Pas de dysphagie bien prononcée. Le 9 août (1890), on dut trachéotomiser la malade, pour l'arracher à l'asphyxie imminente; le 29 août, elle pouvait de nouveau respirer sans canule. Puis deux jours plus tard. pendant un accès de dyspnée, elle fut emportée par une hémorrhagie foudroyante.

A l'autopsie, on trouva près de l'entrée du larynx, un carcinome du pharynx qui s'étendait, en bas, sur une longueur de 7 centimètres environ; à la limite inférieure du néoplasme, il existait un diverticule de l'œsophage, qui mesurait 7 centimètres de longueur, et 4 à 5 centimètres de largeur, et dont l'ouverture livrait passage au petit doigt. La paroi, épaisse de 3 à 9 millimètres, était infiltrée de petites nodosités carcinomateuses. Ce diverticule était situé en arrière des gros vaisseaux, entre la trachée et l'œsophage, et remontait jusqu'à l'isthme du corps thyroïde. Dans sa partie antéro-supérieure, il communiquait avec la trachée par une ouverture de 8 millimètres. Il s'agissait sans doute également, dans ce cas, d'un diverticule formé par traction exercée par le néoplasme sur l'œsophage y adhérent.

III. — Le sujet de l'observation de Whitehead avait présenté les premiers troubles dysphagiques vers l'âge de quarante ans. Huit ans plus tard, on constatait une imperméabilité complète de l'œsophage. On pratiqua la gastrotomie, pour pouvoir alimenter le malade par la fistule stomacale. Ce mode d'alimentation réussit parfaitement. Au bout de deux ans, l'œsophage était redevenu perméable, et le malade pouvait de nouveau s'alimenter par les voies ordinaires, sans gêne aucune d'abord, puis, au bout de quelques mois, avec un peu de difficulté. A cette époque, le malade alla consulter M. Whitehead, qui fut frappé de la manière dont il s'y prenait pour déglutir : après avoir renversé la tête en arrière, le malade faisait descendre le bol alimentaire avec les doigts introduits dans la bouche; à ce moment le cou gonflait et la face se congestionnait; en auscultant au niveau du cartilage cricoïde, on entendait un bruit particulier de gargouillement. Puis au bout d'un intervalle de temps variable de quelques minutes à une demi-heure, le malade se mettait à vomir.

Mort de consomption, deux ans plus tard. A l'autopsie on a trouvé un diverticule sacciforme, partant de la paroi postérieure de l'œsophage, au niveau du constricteur inférieur du pharynx. Ce diverticule mesurait 3 pouces de longueur, et 2 pouces de largeur vers son fond.

La paroi de ce diverticule était formée par les trois couches constituantes de la paroi œsophagienne. A l'idée de l'auteur, il s'agissait là d'une malformation congenitale.

A noter l'influence salutaire que le repos fonctionnel de l'œsophage a exercé sur la perméabilité de ce conduit.

IV. — Un homme de 33 ans, d'une bonne santé habituelle mais qui, cependant, avait eu de temps à autre un peu de dysphagie, présenta tout à coup les signes d'une occlusion complète de l'œsophage. Cinq jours plus tard, à la suite d'un effort de vomissement, il rendit une masse membraneuse épaisse, ce qui d'ailleurs ne lui procura aucun soulagement. Le lendemain, on lui introduisit dans l'œsophage une grosse sonde, ce qui ne se fit pas sans de grandes difficultés. A la suite de cette manœuvre de cathétérisme, le passage se trouva être entièrement libre. Puis quelques jours plus tard le malade, en allant à la selle, expulsa une masse membraneuse semblable à celle qu'il avait rendue par le vomissement. L'examen microscopique de cette dernière fit voir qu'elle était exclusivement constituée par plusieurs couches d'épithélium pavimenteux, analogues au revêtement épithélial de l'œsophage.

L'auteur conclut de ce fait que l'œsophage peut être le siège d'une inflammation catarrhale analogue à celles qu'on observe sur le vagin et sur l'urèthre, et aboutissant à la formation de couennes épidermiques dures qui peuvent obstruer le conduit. Il rappelle que Birsch-Hirschfeld a observé et publié un fait analogue d'œsophagite exfoliative, qui a été considéré comme un exemple d'inflammation croupale de l'œsophage.

V. — Quand, chez un sujet sain, on introduit une sonde dans la trachée jusqu'au voisinage de la bifurcation de ce conduit, la sonde étant raccordée à un tube en caoutchouc dont l'autre bout est immergé dans l'eau, on constate que des pressions un peu fortes, exercées sur la sonde, déterminent d'abord l'expulsion de quelques bulles d'air. Mais si on continue les pressions, on ne voit point apparaître de nouvelles bulles, contrairement à ce qui a lieu quand il existe une fistule entre la trachée et l'œsophage; en ce cas, il se fait un écoulement continu d'air par le tube en caoutchouc. L'explication de ce phénomène est des plus simples d'après Gerhardt. Pendant l'obstruction de la glotte, le sujet pourvu d'une fistule continue de respirer tranquillement à travers son œsophage, tandis que le sujet normalement constitué ne peut expulser par la sonde qu'une faible portion de la colonne d'air contenue dans ses voies aériennes.

VI. — L'observation de Morse concerne une femme de 32 ans, chez laquelle un corps étranger s'était enclavé dans l'œsophage, à la hauteur du cartilage cricoïde. On pratiqua l'opération de l'œsophagotomie, et l'extirpation du corps étranger se fit sans grande difficulté; c'était un fragment d'os de poulet, long de 1 1/2 pouce, large de 1 pouce.

— Le sujet de l'observation de Furner, un homme de 44 ans, fut délivré, au prix d'une œsophagotomie, d'un corps étranger qui était logé dans son œsophage depuis cinq ans et neuf mois, sans occasionner des accidents graves. Le corps étranger était un fragment de râtelier en argent doré, garni de 3 dents et muni de 3 crochets.

Le cas relaté par Deaver concerne un alcoolique de 27 ans, qui, dans un accès de délire, avait essayé de se suicider en se heurtant violemment la tête contre un mur. Il fut pris de violentes douleurs dans le cou, de dysphagie et d'une expectoration profuse. On put constater la présence d'un corps étranger dans l'œsophage, qu'on réussit à extraire après avoir pratiqué au sujet une œsophagotomie; c'était également un fragment de râtelier. Un peu plus tard le malade expectora une dent.

Sept jours après l'opération le malade mourut d'une pneumonie double. L'autopsie fit voir qu'une perforation s'était établie entre l'œsophage et le larynx.

VII. — Chez une femme de 67 ans, qui depuis longtemps avait de la dysphagie, de la raucité de la voix et, par moments, des accès de dyspnée, l'examen laryngoscopique fit découvrir une tumeur du volume d'une noisette, d'un rouge pâle, qui recouvrait le cartilage aryténoïde à droite et une partie du ligament ary-épiglottique de ce même côté. La tumeur limitait avec l'épiglotte une fente à travers laquelle l'air passait en produisant un sifflement. L'entrée de l'œsophage présentait une teinte grisâtre, et en certains points la muqueuse était recouverte de dépôts purulents. Nombreux ganglions engorgés.

On diagnostiqua un cancer de l'œsophage. Plus tard l'autopsie démontra l'exactitude de ce diagnostic.

La présence du néoplasme avait occasionné de la périchondrite du ligament aryténoïde. Du côté gauche la tumeur avait considérablement gagné en profondeur, provoquant la fonte purulente, et le passage de l'air à travers les tissus superficiels du cou.

E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

(*Suite et fin*) (1).

II. — PSYCHOLOGIE DE L'IDIOT ET DE L'IMBÉCILE. — *Essai de psychologie morbide*, par M. PAUL SOLLIER. — Félix Alcan, 1890, thèse de doctorat, Paris. (*Suite et fin.*)

Chez l'idiot complet, les sentiments et les émotions peuvent être nuls, même les sentiments affectifs les plus élémentaires. Toutefois, même chez les plus dégradés, on peut observer quelquefois des mouvements de plaisir ou de douleur, de joie ou de tristesse, de colère aussi, provoqués par des sensations physiques, le besoin de la faim, par exemple, et l'aspect de la nourriture.

Le sentiment du plaisir et de la souffrance est assez vague chez les idiots simples; chez les plus inférieurs, la douleur paraît être à peine ressentie. Les cas d'auto-mutilation sont là pour le prouver.

Quant à la douleur morale, nulle chez les idiots complets, elle se montre avec les degrés moins profonds sans jamais atteindre toutefois un bien grand développement.

Aussi voit-on bien rarement des idiots pleurer.

Chez l'imbécile, la douleur physique est ressentie beaucoup plus vivement que la douleur morale. Très égoïstes, les imbéciles se préoccupent avant tout de leur bien-être. S'agit-il, au contraire, de peines morales, ils montrent une indifférence complète.

Le sentiment du plaisir en général est aussi obtus que celui de la douleur chez les idiots inférieurs.

Le rire, comme les larmes, est exceptionnel chez les idiots profonds. Les idiots d'un degré moins élevé manifestent leur plaisir par des rires et des battements de mains ou des cris. Mais c'est certainement le rire qui est le moins fréquent.

L'imbécile, au contraire, est insouciant. Au lieu d'être concentré, il est expansif. Il rit des moindres choses, sans les comprendre, parce qu'il voit rire les autres. Sa joie est sans proportion avec le sujet qui la cause. L'idiot, lui, ne rit pas quand il ne comprend pas; c'est pourquoi il ne rit que rarement.

A signaler, les accès de rire spontané, survenant sans cause apparente, comme cela arrive chez les gens nerveux.

Le sentiment d'attachement à la personne qui les soigne, chez les idiots très dégradés, est souvent bien vague, bien fugace surtout.

Chez les idiots moins complets, cet attachement devient bien plus manifeste.

Les imbéciles, au contraire, n'ont pas ou peu d'affectivité et se montrent, là encore, antisociaux par excellence.

Dans un ordre plus relevé les idiots profonds sont incapables de comprendre et de pratiquer les divers modes de l'affection : amour filial, amitié, amour sexuel.

Les idiots plus élevés sont susceptibles d'affection filiale, quoique d'une manière très modérée. L'affection pour les proches marche ordinairement de pair avec l'amour filial.

L'imbécile trop égoïste, pour avoir de l'affection pour sa famille, n'a aucune idée de l'amour filial en soi.

Chez les imbéciles on rencontre souvent la perversion des sentiments affectifs.

L'*amitié* est peu fréquente entre idiots, cependant quelques-uns vont toujours ensemble pour jouer, et s'entr'aident par sympathie. Chez les imbéciles elle se rencontre davantage, mais plutôt sous forme d'association intéressée que de véritable amitié. Ce sont des pervers qui s'unissent entre eux pour faire de mauvais coups, s'adjoignant quelquefois des idiots assez doux et faibles de caractère pour les aider.

L'affectivité pour les animaux, chez les idiots incurables, est nulle. Elle n'existe guère plus chez les idiots simples. Elle est nulle chez l'imbécile qui, lui, est raffiné dans les persécutions qu'il leur impose. Il aime à les voir souffrir, de sorte que chez l'idiot, la cruauté tient à l'absence totale de sentiments affectifs et d'intelligence; chez l'imbécile elle tient à une perversion du sens moral.

L'amour-passion n'existe pas chez l'idiot profond, ni même chez l'idiot simple. Mais il existe certainement chez l'imbécile, où il a toujours pour base une sensation physique. Or il est remarquable qu'on observe pas la jalousie chez eux, et c'est une preuve que leurs sentiments affectifs ne sont pas très développés, ou sont pervertis. Chez les idiots, au contraire, la jalousie se manifeste souvent à l'égard des frères et des sœurs.

Le sentiment de commisération n'existe pas chez l'idiot profond. Il ne comprend pas. L'idiot plus élevé est étonné. L'idiot léger semble prendre plaisir à voir souffrir.

Produit par un raisonnement conscient ou non, appartenant plus, par conséquent, à la sphere intellectuelle qu'à la sphère morale, le sentiment de la commisération ne saurait se rencontrer qu'affaibli et perverti chez les idiots et les imbéciles.

La protection est un sentiment analogue et est encore plus faible que le précédent.

Le courage n'existe guère chez ces sujets. Pour les idiots, il n'y a pas d'actes de courage authentiques. Quant aux imbéciles, ils sont en général lâches, ou s'ils font quelque acte courageux, c'est pour deux raisons: par insconscience du danger ou par impulsion.

L'impulsivité et l'irascibilité se retrouvent chez les idiots communément.

Les accès de colère chez les idiots et les imbéciles sont très communs et s'observent souvent à un âge très bas.

Mais entre les idiots et les imbéciles se remarquent toujours ces différences que l'idiot se fait du mal à lui-même, et que c'est surtout aux objets inanimés qu'il s'en prend, tandis que l'imbécile s'attaque surtout aux personnes. Il est méchant dans ses colères. Il cherche à faire du mal aux autres, quitte à s'en faire à lui-même.

Le sentiment de la solidarité, chez les idiots incurables, est totalement absent.

Chez l'imbécile ce sentiment se retrouve mais ce n'est pas pour aider un camarade, c'est pour se venger d'une entrave mise à ses mauvais instincts et à ses actes nuisibles.

L'instinct de la propriété n'existe pas chez les idiots inférieurs. — Chez les idiots les plus élevés, ce sentiment atteint souvent un grand développement. Mais c'est chez les imbéciles que cette tendance à s'approprier les objets qu'ils envient se manifeste et acquiert même le caractère impulsif qui lui a fait donner le nom de kleptomanie.

Chez les idiots curables la paresse est la règle, mais c'est une paresse par défaut d'intérêt à la chose faite.

Mais on n'a qu'à commander à cet idiot, et il travaillera tant qu'on lui commandera. Il aime même à faire des corvées.

Tout autre est l'imbécile qui est essentiellement paresseux. C'est avec toutes les peines qu'on le décide à travailler et s'il travaille il a la prétention de bien faire, prend une initiative fâcheuse, se dégoûte vite de sa besogne, voudrait toujours faire celle de son voisin.

(1) Voir le n° 35.

Le sentiment du droit est corrélatif de celui de la propriété, ce sentiment est peu ou pas développé chez les idiots.

Les imbéciles ont, au contraire, une grande propension à exiger des droits exagérés, de considérant que les avantages qu'ils procurent, ils crient avec la plus grande facilité à l'injustice.

Quant à l'idée de devoir, incompréhensible sans l'idée de droit, elle est, comme celle-ci, absente ou rudimentaire chez les idiots complets ou profonds.

L'idiot, cependant, est capable, jusqu'à un certain point, d'être dressé à faire son devoir; l'imbécile ne l'est que difficilement, et, si le sentiment moral est rudimentaire chez l'idiot, chez l'imbécile il est dévié.

Cette absence de sentiments moraux peut être poussée à un tel degré, ou plutôt leur perversion peut être telle qu'elle constitue une sorte d'aliénation mentale connue sous le nom de folie morale.

Les idiots un peu développés, ont très bien la notion du degré d'autorité auquel ils sont forcés de se soumettre.

Les idiots sont assez obéissants, en général, parce qu'ils semblent sentir la faiblesse de leur volonté. Les imbéciles, au contraire, sont tout à fait indisciplinés et désobéissants, se croient des facultés remarquables et égales au moins à celles de leurs supérieurs. Ils n'obéissent guère que par crainte, par force brutale.

Les imbéciles, sont beaucoup plus sensibles que les idiots à la louange et au blâme, plus encore peut-être à la louange qu'au blâme. Chez eux, à l'inverse des idiots, les récompenses agissent surtout quand elles frappent leur amour-propre exagéré.

Les châtiments agissent moins, ils en gardent de la rancune et un espoir de vengeance.

Ils ne se repentent jamais sincèrement, ils n'ont qu'un désir: recommencer sans se faire prendre. Aussi les châtiments moraux ont-ils peu d'action sur eux, ils leur sont indifférents ou ne font que les exciter.

On ne trouve jamais chez les idiots, l'idée, même vague, de la divinité. Ils sont incapables de s'élever même à la superstition ou au fétichisme.

Si on observe chez les imbéciles quelques idées de la Divinité, c'est qu'on leur a inculqué ces principes comme à la plupart des enfants. Jamais cette idée ne leur vient spontanément, amenée par des déductions logiques. On peut dire que le sentiment religieux n'existe pas chez l'idiot et n'est pas compris chez l'imbécile.

Nous voyons donc que, les idiots et les imbéciles ont, non seulement les sentiments sociaux affaiblis ou pervertis, mais encore que tout ce qui sert à les développer et à les maintenir n'a que peu d'action sur eux, soit à cause de l'attention défectueuse dont ils sont capables, soit à cause de leur intelligence rudimentaire.

La pudeur, chez l'idiot, n'existe pas à proprement parler, et cela tient peut-être au retard de la puberté, qui, quelquefois même, n'arrive jamais. Quelques idiots sont toutefois très pudiques, et nous citerons en particulier à cet égard les idiots crétinoïdes. Quant aux imbéciles, ils ont certainement le sentiment de la pudeur, mais pour la choquer par leur amour des obscénités. Bien souvent aussi ils ont une absence complète de pudeur.

La timidité, sentiment qui se rapproche de la pudeur, se rencontre chez les idiots. Les imbéciles, ont, au contraire, une fatuité, une arrogance, un aplomb qui provient de leur suffisance et de leur faible intelligence.

La vanité et la coquetterie qu'on remarque chez les idiotes sont des moyens puissants pour leur instruction et leur progrès.

Nous avons vu, à propos des instincts, que certains idiots ou imbéciles possédaient des tendances artistiques, en particulier pour la musique, moins souvent pour le dessin et la sculpture; mais en est-il qui éprouvent certains sentiments esthétiques, qui soient capables de discerner ce qui est beau de ce qui est laid, et de ressentir une véritable émotion à l'audition et à la vue de belles choses?

Or, il est certain qu'ils éprouvent des sensations particulières, ils font de la musique ou de la déclamation. Mais c'est surtout le rythme qui les frappe.

Et cet amour qu'ils ont du rythme se remarque non seulement pour la déclamation, mais encore dans la conversation ordinaire et surtout dans le commandement. L'intonation a une très grande importance, en effet, et, chez les enfants, il n'est pas besoin qu'ils comprennent le sens des mots pour comprendre le sentiment de celui qui les prononce.

L'instinct d'imitation des idiots est encore un mode d'expression de l'émotion esthétique qui pousse à reproduire les belles choses; mais ce sens du beau est très rare, il est confondu avec l'amour de la grosseur, de l'éclat, de la nouveauté, bien plus que de l'harmonie des formes, des couleurs, etc., etc.

Si l'idiot aime le colossal, l'imbécile aime le grotesque. Dans le dessin, il aime les monstres fantastiques. Plus leurs comparaisons sont absurdes, plus elles leur plaisent.

En face des choses peintes, des dessins, des sculptures, ce qui paraît le plus frapper les idiots et les imbéciles, c'est la ressemblance exacte avec ce qu'ils connaissent. Pour eux, l'art est la représentation de la nature, et non son interprétation. L'émotion esthétique n'en existe pas moins. Elle se traduit non seulement à l'égard des objets d'art, ou de la nature, mais aussi à l'égard des personnes. Ils préfèrent les personnes jeunes aux personnes âgées, les jolies aux laides.

Dans la domaine des sentiments intellectuels, nous trouvons l'étonnement et la curiosité qui sont des dérivés de l'attention, la crédulité à laquelle se rattachent la véracité et le mensonge.

L'étonnement est un des moyens les plus énergiques pour attirer l'attention; mais c'est un sentiment passager. L'idiot, toutefois, s'étonne plus que l'imbécile, et souvent même très vivement. Mais l'étonnement, quand on arrive à le déterminer, dure peu.

La curiosité n'existe pas chez l'idiot profond, qui a une indifférence complète. L'idiot simple veut savoir, mais n'ose pas demander.

L'imbécile pose beaucoup de questions, mais n'attend pas la réponse. Son instabilité lui fait tout oublier. C'est toujours ce défaut de l'attention qui est en cause.

Sous le rapport de la crédulité, les idiots et les imbéciles se ressemblent beaucoup. L'idiot simple est crédule.

Mais où la crédulité est parfois invraisemblable, tant elle est absurde, c'est chez les imbéciles. A côté de cette crédulité extraordinaire, il y a souvent pour les choses réelles une incrédulité non moins absurde.

Incapables de comprendre avec leur peu d'intelligence les phénomènes réels qui les entourent, ils ressemblent en cela aux jeunes enfants et aiment comme eux le merveilleux qui existe par lui-même sans avoir besoin d'explication.

L'idiot léger a certainement l'idée du vrai. Lorsqu'on lui parle de quelque chose dont il n'a pas encore entendu parler, il vous regarde comme pour vous demander une affirmation plus catégorique. Quant à l'imbécile, il l'a également, car il sait quand il ment.

Quant à leur amour de la vérité, l'idiot et l'imbécile ne suivent en cela que leur intérêt. Toutefois l'idiot ment moins généralement que l'imbécile, car il est moins capable d'invention que lui.

L'idiot pour mentir se contente de nier la chose qu'on lui demande ou reproche; l'imbécile invente une explication, cherche des preuves du contraire le plus souvent grossières et invraisemblables.

Après les mobiles de mensonges tels que l'intérêt, l'imitation, le plus important peut-être de tous, c'est le moyen d'éviter une puition.

La gourmandise les fait souvent mentir aussi. — Une forme de mensonge fréquente occasionnée par la paresse, c'est de se faire passer pour malades.

A côté du mensonge, il faut signaler aussi la ruse, qui s'en rapproche par certains côtés, et qui est très développée chez les idiots et surtout chez les imbéciles. Chez ces derniers elle peut donner le change pour des actes intelligemment conçus et exécutés.

— Ce qui frappe tout d'abord dans l'attitude des idiots, quel que soit leur degré, c'est l'absence complète de grâce, et du côté du visage, c'est la laideur.

La conformation de la tête et de la face est des plus défectueuses, mais on ne saurait à cet égard donner une description d'ensemble. Elle varie selon que l'idiot est un microcéphale et un hydrocéphale ou un idiot myxœdémateux.

Pour ce qui est des idiots qui ne rentrent pas dans ces trois catégories, tout ce qu'on peut en dire, c'est qu'ils présentent un plus ou moins grand nombre de stigmates de dégénérescence. Le crâne est très fréquemment asymétrique, plagiocéphale, etc., etc. Les différents diamètres ne présentent pas les rapports normaux. Les yeux sont trop rapprochés, ce qui est le cas le plus fréquent, ou trop écartés de la racine du nez. Ce qui frappe surtout, c'est leur défaut d'expression. Le regard est terne, sans vivacité, vague, incertain, ne se fixant sur rien, caractérisant par conséquent le défaut d'attention du sujet. Souvent aussi chez des idiots éducables il est indécis. Le strabisme, la cécité, les taies, la conjonctivite, etc., viennent encore fréquemment s'ajouter pour ôter au regard toute expression.

Le nez est dévié, asymétrique, mal formé; les oreilles sont plus ou moins mal conformées, mal ourlées, à lobule adhérent ou détachées exagérément de la tête, ou asymétriques, à plis anormaux, etc. La bouche grande, à grosses lèvres, est presque toujours entr'ouverte chez la plupart, et plus ils sont inférieurs, plus elle l'est. Il s'en écoule alors une salive abondante. La dentition est des plus mal formée. Le prognathisme se rencontre très fréquemment, ainsi que l'élargissement des maxillaires inférieurs, qui paraît encore plus marqué par suite de l'étroitesse du crâne et surtout du front. Ajoutons à cela tous les tics possibles, clignotement des paupières, mouvements incessants de la langue et des lèvres, grimaces, grincements des dents, et nous aurons un tableau complet de la physionomie d'un idiot incurable.

Les *microcéphales* présentent un aspect très variable. Ils peuvent être et sont en réalité souvent d'une taille élevée et d'une force assez considérable.

Ils ont une physionomie bestiale. Le crâne très étroit en avant, sans saillie en arrière, avec de l'acrocéphalie souvent, les oreilles détachées de la tête, le prognatisme, le nez fort, les yeux petits, vifs, trop rapprochés de la racine du nez, la mâchoire inférieure forte, tout contribue à leur donner cet air. Ils se tiennent ordinairement le cou un peu tendu en avant, le corps légèrement penché, les bras ballants. Ils ont en d'autres termes, une attitnde simiesque. Les microcéphales sont assez souvent malicieux et espiègles, en même temps que brutaux et méchants. Très bavards, ils parlent sans suite, sans mesure.

Les *hydrocéphales* forment un contraste frappant avec les microcéphales. Les hydrocéphales considérables ne peuvent supporter le poids de leur tête et restent toujours couchés ou assis, la tête appuyée. Le regard est morne, les traits sans aucune expression; les jeux de physionomie, quand ils existent, d'une remarquable lenteur. Cette apathie se remarque du reste dans toute leur attitude, dans tous leurs mouvements. Ils sont souvent somnolents, ne parlant que peu ou même pas du tout, ni affectueux ni méchants. Ils n'ont pas d'accès de colère. Ils étonnent et apitoient, à cause de leur tristesse apparente et de leur langueur.

Leur face paraît petite par rapport à leur crâne dont les saillies antérieures et latérales la dépassent complètement. Les yeux sont à fleur de tête, les sourcils à peine marqués, le nez petit, ainsi que la bouche.

Moins nombreux que les catégories précédentes, *les idiots myxœdémateux ou crétinoïdes* ont un aspect encore plus caractéristique. De petite taille, les bras courts, le thorax volumineux, le ventre proéminent avec, le plus souvent une hernie ombilicale, la tête grosse, bouffie, le cou très court, élargi par des pseudolipomes qui encombrent ses creux sus-claviculaires, les cheveux rudes, gros, avec une éruption eczémateuse du cuir chevelu qui résiste à tout traitement, les yeux bouffis, réduits à une fente, le nez large, les joues bouffies, les lèvres épaisses, la bouche souvent entr'ouverte, complètement glabres, ils sont tellement semblables entre eux qu'il est au premier abord difficile de distinguer les garçons des filles. Avec cela une voix rude et nasonnée pour émettre le très court vocabulaire auquel ils sont réduits. Ils se tiennent droits, se redressent de toute leur petite taille.

Chez l'idiot, on observe ordinairement un retard plus ou moins considérable de la parole, comme on en observe pour la marche, la préhension, la propreté, etc., etc. Mais à l'inverse des enfants normaux, ils ne comprennent pas plus qu'ils ne parlent. Le retard ne porte pas seulement sur un centre, mais bien sur tout le cerveau.

Ce balbutiement de l'enfant qui commence à parler ne s'observe guère chez l'idiot, ou très tardivement. Par contre, ils poussent souvent des cris rauques qu'on ne sait quelquefois à quoi attribuer, car ils n'expriment ni douleur, ni crainte, ni colère. Souvent même ces cris se manifestent sous forme d'accès.

Une autre forme du langage est la lecture. Ce sont là les images verbales visuelles qui sont en jeu.

Naturellement, chez les idiots incurables, il n'y a pas lieu d'y songer. A un degré plus élevé, ils arrivent à apprendre les lettres, à assembler quelques syllabes, mais non à lire véritablement en comprenant ce qu'ils lisent.

L'idiot éducable arrive très difficilement à distinguer ses lettres, mais il y arrive.

On arrive à faire lire l'idiot, mais la lecture est toujours saccadée. Il sépare dans la prononciation toutes les syllabes, sa diction est tantôt monotone, tantôt chantante, jamais normale. Environ 1/10 arrivent réellement à lire un peu convenablement.

L'imbécile apprend à lire bien plus vite que l'idiot, mais, on a surtout à lutter contre l'instabilité et l'inattention de l'enfant. Au point de vue de la lecture, il n'y a entre l'imbécile et l'enfant normal d'autres différences que la différence d'attention. Jamais l'imbécile n'arrive à lire d'une façon tout à fait correcte. Tantôt il ânonne, tantôt il a une diction saccadée.

Même chez ceux qui sont arrivés à un développement intellectuel relativement élevé, on ne trouve pas de lecture courante et expressive.

Il en est de l'écriture comme de la lecture. Il y a des idiots qui sont agraphiques et d'autres qui ont de la cécité verbale. Il en est, en effet, qui ne peuvent jamais écrire et d'autres qui, pouvant écrire, sont incapables de se relire.

L'idiot, en général, ne peut arriver que très difficilement à former ses lettres. Les premiers signes qu'il trace sont des signes qui rappellent plus ou moins la forme d'un C.

L'idiot simple fait éternellement le même signe. Il ne regarde même pas son modèle. On le lui fait regarder, il le reproduit mais le perd de vue et s'en éloigne de plus en plus pour en revenir au signe qu'il préfère. Il arrive à écrire, mais ne fait que reproduire un modèle qui n'a aucun sens pour lui (cécité verbale).

Il en est qui écrivent assez lisiblement et qui cependant sont incapables de syllaber.

Certains idiots arrivent à écrire, même lisiblement. Leurs lettres sont régulières et se ressemblent toutes. Il n'y a pas beaucoup de fautes de copie. Mais on est toujours surpris de constater ensuite que l'enfant est incapable de lire ce qu'il a écrit. Il a de la cécité verbale.

L'imbécile apprend assez vite à écrire, mais il ne forme jamais bien ses lettres. Il ne peut s'astreindre, comme l'idiot, à suivre un modèle. Il faut trop d'attention pour cela. Il perd vite le modèle de vue. Aussi, lorsqu'il a à reproduire une même ligne pour toute une page, on remarque combien la dernière ligne diffère de la première. Il y a une véritable gradation de dissemblance. Cela tient à ce qu'au lieu de se reporter à son modèle, il préfère recopier la ligne qu'il vient d'écrire lui-même. Aussi répète-t-il, en les grossissant, les imperfections de sa propre écriture.

L'intelligence proprement dite comprend quatre opérations que nous allons passer successivement en revue : acquisition des idées, conservation des idées, association des idées, production des idées.

Les procédés d'acquisition des idées chez l'idiot sont en réalité les mêmes que chez l'enfant normal. Ce sont les sens et le langage. Mais ce qui diffère, c'est l'importance relative des deux. Chez l'enfant normal, on commence naturellement par faire appel à ses sens pour lui donner la notion de ce qui l'entoure. Mais de bonne heure, on a recourt au langage pour lui donner des notions nouvelles.

Chez l'idiot, il n'en est plus de même, le langage est défectueux chez lui. Aussi, faut-il s'adresser à ce qui est le plus développé, les sens. Au lieu de l'impressionner par là jusqu'à deux ou trois ans seulement, il faut les employer pendant dix ans et plus, toujours même quelquefois. Le langage n'est qu'un auxiliaire insuffisant.

La conservation des idées a pour base la mémoire.

La mémoire organique, c'est-à-dire la mémoire inconsciente de mouvements associés, combinés en vue d'un but déterminé, comme par exemple la marche, pour ne citer que l'exemple le plus simple, est quelquefois complètement nulle chez les idiots. Il y a à cela deux raisons : l'état des centres nerveux et l'état de l'attention.

Plus encore que pour la mémoire organique, l'attention est indispensable pour la mémoire acquise. Or, chez l'idiot, on assiste quelquefois au développement tardif de l'attention, au moins à l'égard de certains sujets et précisément de ceux qui développent le plus d'intelligence.

Aussi, la mémoire est-elle très imparfaite chez l'idiot et chez l'imbécile. Ce qu'elle présente surtout, c'est la difficulté de conservation de l'image et surtout de reproduction. Elle est paresseuse comme son attention. Mais elle offre avec celle de l'imbécile cette différence, qu'elle est plus souvent accompagnée de compréhension. La mémoire des imbéciles est quelquefois très développée, mais si on les observe avec soin on s'aperçoit qu'ils récitent toujours les choses dans l'ordre où ils les ont apprises, et qu'ils ne les comprennent pas. La moindre interversion que vous introduisez dans leur récitation, la moindre interruption les arrête. C'est de l'automatisme pur, et si vous leur demandez la moindre explication sur un point, ils sont incapables de vous la donner. S'ils apprennent quelquefois relativement assez vite, ils oublient de même. Aussi les idiots peuvent-ils se maintenir très longtemps au même point de développement une fois atteint, tandis que si on abandonne tant soit peu les imbéciles à eux-mêmes, ils oublient généralement tout avec une rapidité extrême. L'éducation des idiots curables est donc, sous un certain rapport, plus profitable que celle des imbéciles.

Les idiots simples ont la faculté d'apprécier les ressemblances.

Les idiots profonds, incurables ne saisissent pour ainsi dire pas la différence entre les objets et même entre les personnes.

Le discernement, base véritable de nos conceptions intellectuelles, est donc très défectueux chez l'idiot. Chez l'imbécile on observe de même une aptitude beaucoup plus considérable à saisir les ressemblances que les différences.

Les idiots sont également capables de généralisations simples comme ils sont capables de comparaisons simples. Cette généralisation se produit lentement. ce n'est qu'après maintes expériences, mais une fois enracinée elle l'est bien. Chez l'imbécile, au contraire, ce sont des généralisations hâtives. Saisissant plus vite encore que l'idiot les ressemblances des objets, il fait une induction encore plus erronée ordinairement.

Chez les idiots inférieurs, les idées abstraites n'existent pas.

Chez les idiots curables au contraire, même ne sachant pas parler, les idées abstraites existent certainement, très vagues sans doute, mais évidentes.

Parmi elles, celle de nombre est une des plus importantes.

— L'association des idées se fait de trois manières : par ressemblance, par contraste, par contiguïté. De quelle manière se fait de préférence l'association chez l'idiot?

Nous avons vu ce qui frappait le plus l'idiot, c'étaient les grossières ressemblances de couleur et de forme. C'est aussi par ressemblance qu'il associe surtout, plus rarement par contiguïté, et jamais par contraste, ce qui est aussi plus rare chez les enfants ordinaires.

Cette opération suppose le jugement, or, au point de vue de la justesse d'abord, les idiots jugent ordinairement très faussement. Leur attention incapable de s'attacher simultanément aux nombreuses qualités d'un objet, ne leur permet de saisir que des qualités grossières. Capables seulement d'associations très simples, il en résulte des jugements absolument erronés.

Quant à la fermeté du jugement, elle ne vaut guère mieux. Ils se montrent si indifférents à ce qu'on leur demande s'ils n'y ont pas un intérêt évident, que le moindre doute qu'on émet, suffit à les ébranler dans leur conviction.

Il en est qui sont très tenaces dans leurs jugements. Mais il ne faut pas confondre la ténacité avec la fermeté. Sous ce rapport on observe souvent un entêtement absurde.

Les imbéciles ont surtout un fait caractéristique, c'est l'illusion qu'ils se font sur leurs facultés intellectuelles. Cette présomption les porte à une fatuité souvent excessive. Pour ob-

tenir d'eux un jugement sain, ou à peu près, il faut continuellement redresser le point défectueux de leur raisonnement. Quoi qu'il en soit, on n'obtient d'eux que des jugements très simples, c'est-à-dire, en somme, l'expression de leurs perceptions.

Pour ce qui est du raisonnement proprement dit, sous la forme syllogistique, ils ne savent pas le formuler, ils ne savent pas tirer une conclusion, même les imbéciles les plus avancés. Le raisonnement est basé sur des perceptions.

Or nous avons vu quelle perception insuffisante ou fausse présentaient nos malades. Ici encore, nous voyons cette différence entre les idiots et les imbéciles sur laquelle nous avons continuellement attiré l'attention : faiblesse chez les uns, perversion chez les autres. Chez les idiots en effet, les images étant très faibles, le raisonnement perceptif est lui-même faible. Chez l'imbécile au contraire, il y a un plus grand nombre d'images, mais faussées le plus souvent par un centre perceptif fonctionnant mal. Les associations se font souvent chez lui par contiguïté, et le raisonnement a beaucoup plus de chances d'être faux par là même. Aussi, ce qui frappe surtout dans leurs conceptions, c'est le décousu, l'imprévu de leurs observations, qu'on s'explique quelquefois lorsqu'on a pu assister aux sensations qui leur ont primitivement donné naissance. L'idiot, au contraire, associe plus simplement par ressemblance les sensations consécutives n'ayant pas de lien entre elles comme chez l'imbécile, parce qu'il vit avant tout le moment présent, par suite de son défaut d'attention, de sa mémoire difficile.

On s'aperçoit facilement de la différence des idiots et des imbéciles, dans les délires qu'ils peuvent présenter. Extrêmement rare, exceptionnel chez les idiots, le délire se manifeste exclusivement sous la forme impulsive, sans motif conscient, ni provoqué.

L'imagination reproductrice et créatrice est très rudimentaire chez les idiots.

Il est bien difficile, sinon impossible, d'apprécier s'ils ont une imagination plus développée pour certains sens que pour d'autres.

Quant à l'imagination créatrice, ils n'en ont pour ainsi dire pas.

Chez les imbéciles, à l'inverse des idiots, on observe le plus souvent une imagination déréglée. On peut déjà s'en rendre compte par l'amour qu'ils ont des comparaisons grotesques. Cette tendance est quelquefois extrêmement développée chez eux et leur donne un faux air d'avoir de l'esprit.

C'est pendant le sommeil que l'imagination est le plus active et déréglée chez l'individu normal. Si les idiots ne rêvent guère, à ce qu'il semble, il n'en est pas de même des imbéciles qui racontent souvent leurs rêves fantastiques qu'ils ont faits.

Dans l'idiotie légère le fond du caractère est l'inconstance et l'obtusion du sentiment, et la faiblesse de la volonté.

Chez les idiots les plus inférieurs, on n'observe pas trace de volition. Les besoins les plus naturels, les instincts primordiaux de la nature humaine semblent ne pas exister, le besoin de manger qui apparaît le premier, est le seul mobile de leurs actes.

Le pouvoir d'arrêt de la volonté se développe plus tardivement que le pouvoir d'action, et il n'est jamais très développé. Il en résulte que l'impulsion est la forme la plus fréquente d'activité chez les idiots et même les imbéciles. Il y a en effet une différence énorme entre les deux. Chez l'idiot, l'excitation nécessaire pour déterminer un mouvement devant toujours être très forte, la mise en jeu du pouvoir d'arrêt n'a souvent pas de raison d'être. Chez l'imbécile, il y a impulsion vive, réaction rapide, souvent fausse, par suite de l'association vicieuse que nous avons signalée chez lui. Le pouvoir d'arrêt n'est que très faible. Mais l'excitation étant suffisante pour produire l'acte, il se produit sous forme de véritable réflexe, sans que rien vienne l'enrayer.

Les sentiments capables de déterminer des volitions sont différents chez les idiots et les imbéciles. Avec les premiers, on obtiendra beaucoup plus par la douceur, par la confiance qu'on leur inspire que par tout autre moyen. Avec la majorité des imbéciles, c'est au contraire par l'ostentation de la force, par l'intimidation, par la crainte qu'on peut arriver à les faire travailler. Dès qu'on se relâche, l'indiscipline, la grossièreté reparaissent.

Il en est de même pour un autre mobile, l'amour-propre. Très peu développé chez l'idiot, il l'est au contraire beaucoup chez l'imbécile.

Restent les mobiles intellectuels, c'est-à-dire les actes accomplis sous l'influence d'un jugement ou d'un raisonnement. Nous avons vu combien il était rudimentaire chez les idiots, faussé chez les imbéciles. C'est donc seulement à des raisonnements très simples qu'obéira l'idiot. Chez l'imbécile, le raisonnement est souvent faux; il juge à tort et à travers sur la première impression qui le frappe; l'acte suit aussitôt le jugement porté.

Ceci nous amène à considérer la façon dont les idiots font choix, et se déterminent; chez eux, l'impulsion manque et aucune tendance à agir ne se produit (aboulie). Chez l'imbécile, au contraire, l'impulsion trop rapide et trop intense empêche le choix; ou bien la volonté ne se constitue que sous une forme chancelante, instable et sans efficacité.

Chez l'idiot, où la volonté est toujours très affaiblie, où les déterminations motrices se produisent si difficilement, la suggestibilité est très faible et n'existe pour ainsi dire pas. L'imbécile, lui, est très suggestible; quand la suggestion est de peu de durée, il sent très facilement la contagion morale.

Dans quelle mesure ces malades ont-ils conscience de leurs actes ?

Chez les idiots absolus, il est bien vraisemblable qu'aucun acte n'est à proprement parler conscient.

Chez les idiots supérieurs, éducables, nous ne pouvons encore que bien peu apprécier l'état de leur conscience, car leur défaut de langage nous empêche de savoir s'ils se rendent bien compte eux-mêmes de ce qu'ils ressentent, de ce qu'ils veulent. — Nous trouvons encore chez eux une grande part d'automatisme, lequel exclut la conscience ou la rend très faible.

Dans ces conditions, le sentiment de la personnalité, qui a pour condition *sine quâ non* le sentiment de la continuité de sa propre existence, doit être forcément très rudimentaire.

A mesure que nous nous élevons dans l'échelle, nous commençons à apercevoir de plus en plus la conscience et la personnalité, que la mémoire volontaire, l'attention volontaire, en se développant, impliquent la conscience des actes psychiques et l'idée d'un moi continu. Aussi, chez les imbéciles, trouvons-nous beaucoup moins d'automatisme dans les actes et une notion assez nette de la personnalité.

Ceci nous montre, étant donnée la fréquence des impulsions chez les imbéciles, combien souvent la conscience fait défaut chez eux. Chez d'autres, on trouve une conscience très atténuée de leur vie psychique.

En résumé, l'idiot est, avant tout, un être incapable d'action et d'idées. C'est un individu *incomplètement* développé. L'imbécile est, au contraire, un individu *anormalement*, irré-

gulièrement développé, capable d'actions et d'idées qui forcément sont anormales pour la plupart, comme le cervean qui les élabore. L'idiot peut présenter nne certaine sensibilité affective, dnrable; l'imbécile est égoïste, sonvent méchant, même pour ceux qui lui font du bien. L'idiot agit plus sous l'influence de la douceur, l'imbécile sous celle de la crainte; l'un est timide, l'autre arrogant; l'un est capable de travailler, l'autre est un paresseux endurci; l'un est bon, l'autre est mauvais. Chez l'un, le raisonnement est faible; chez l'autre, il est faux. Chez le premier, la volonté est faible; chez le second, elle est instable. L'idiot n'est guère suggestible, l'imbécile l'est beaucoup.

On voit donc qu'au point de vne de la responsabilité, les idiots appartiennent à la catégorie des impuissants, des faibles, que nons devons protéger, et qne les imbéciles appartiennent, au moins en grande partie, à celle des êtres nuisibles.

En ce qni concerne les imbéciles, êtres inutiles et dangereux, il faut les mettre hors d'état de nuire et agir sur eux par tous les moyens, pour enrayer leurs mauvaises tendances. Pour cela il ne suffit pas d'éduqner, il faut corriger.

H. BARBIER.

BULLETIN

Au premier abord, on n'entrevoit guère la portée et l'utilité d'un débat semblable à celui qui se poursuit actuellement devant l'Académie, concernant les aptitudes morbides de la race juive. Voudrait-on faire encore une fois le procès de cette race, en invoquant ses tares héréditaires et ses aptitudes morbides, ou bien vise-t-on plus haut et cherche-t-on à tirer des considérations relatives à ce sujet un enseignement profitable à la pathologie générale sociale? Car il n'y a pas de raison pour qu'nne enquête pareille à celle que l'on vient d'inaugurer à propos des juifs ne soit pas instituée aussi vis-à-vis des autres religions et des autres cultes, catholicisme, protestantisme, islamisme qui comptent un bien plus grand nombre d'adhérents, près des trois quarts de l'humanité, et pourraient prêter, eux aussi, à des considérations hygiéniques du plus haut intérêt? Quoi qu'il en soit, on doit reconnaître que MM. G. Sée et Worms ont bien fait d'accepter la discussion dans une cause qui les touche de si près et que l'un et l'autre paraissent décidés à défendre résolument. M. Lagneau, l'initiateur de cette discussion, a fait nsage presque exclusivement d'arguments statistiques pour établir sa thèse, d'après laquelle les juifs présenteraient une prédisposition naturelle, innée et en quelque sorte fatale pour certaines classes de maladies. Or, l'on peut contester la valeur d'arguments tirés de la seule contemplation des chiffres, quand on sait combien l'origine de ceux-ci est souvent incertaine et partant combien l'interprétation qu'on cherche à en dégager peut être arbitraire, facultative et sujette à caution. Mais c'est par des chiffres aussi que MM. G. Sée et Worms ont répondu aux assertions de leur contradicteur et il se trouve que la statistique vient à son tour leur donner raison. A preuve, les documents numériques exposés à la tribune par M. Worms, documents recueillis çà et là auprès de médecins très autorisés et d'après lesquels notre confrère a pu établir le degré de fréquence relative de certaines affections nerveuses (aliénation mentale, épilepsie) chez les individus appartenant au culte israélite. Or, ni M. Oser, à Vienne, ni M. Féré à Paris, ni M. Worms lui-même à l'hôpital Rotschild où il exerce depuis plus de vingt ans, n'ont constaté cette prédisposition particulière aux affections sus-nommées que M. Lagneau considère comme un des attribnts de la race sémitique.

Même conclnsion en ce qui concerne le diabète, vis-à-vis dnquel les juifs passaient pour offrir nne prédisposition marquée, d'après une opinion généralement fort répandne dans le monde médical. Ici, M. G. Sée n'a pas eu de peine à montrer le défant des statistiques par lesquelles on cherche à défendre cette manière de voir. Par exemple, celles de MM. Frerichs et Seegen, deux médecins considérables de l'Allemagne, se trouvent être entachées de suspicion, du fait même de la spécialisation professionnelle de leurs auteurs qui, possédant une clientèle composée en majeure partie d'israélites, sont exposés par là à nne erreur de jugement presque inévitable. On peut appliquer nn jugement analogue à l'opinion de M. Bouchard qni, dans son remarquable livre sur les Maladies par nutrition ralentie, signale expressément l'aptitude singulière des juifs à contracter le diabète. Il est vrai que, dans la pensée du savant professeur, cette remarque ne serait qu'un cas particulier d'une autre plus générale, d'après laquelle la maladie en question serait plus fréquente chez les individns qui possèdent des habitudes sédentaires et ne connaissent guère que l'activité cérébrale, au détriment de l'activité physique et musculaire qu'ils ignorent ou à peu près. Mais ici encore l'interprétation est contestable, car si le fait en lui-même est exact, il reste à prouver qne les juifs forment réellement dans ce gronpe une catégorie à part, et que la fréquence de la maladie est plus grande chez eux que chez tous ceux qni vivent dans des conditions similaires. Or, M. Sée a établi que la sédentarité incriminée vis-à-vis des israélites a cessé d'être leur fait depuis que leur admission à tous les emplois civils ou militaires leur a permis de prendre leur large part dans l'activité prodigieuse de la vie moderne. Ainsi, par une critique tant soit peu serrée, on arrive aisément à faire justice de l'opinion encore trop répandue qui range volontiers les juifs parmi les familiers de l'aliénation mentale et du diabète. Reconnaissons d'ailleurs que M. G. Sée a fait cette critique avec la verve et la bonne humeur qui lui sont familières, de telle sorte que l'on échappera difficilement aux conclusions qui résultent de son intervention dans un débat où les chiffres paraissaient d'abord devoir donner raison à son adversaire.

En définitive, on doit reconnaître maintenant qne la race jnive ne possède pas d'aptitudes morbides bien déterminées et qne la pathologie spéciale dont on a voulu la gratifier n'existe pas. Cette conclusion finale n'est peut-être pas pour plaire aux antisémites pour lesquels tous les arguments sont bons et qui volontiers se feraient vis-à-vis de leurs adversaires une arme de ce que l'on devrait, en bonne justice, attribuer simplement à une sorte de fatalité et à un produit d'atavisme, dont les juifs seraient d'ailleurs parfaitement innocents. On doit savoir gré à MM. Worms et Sée d'avoir rétabli les faits et d'avoir contribué ainsi à dissiper des erreurs de jugement consacrées par le temps, la routine et le préjugé. S'ils ont été amenés par là même à plaider une cause qui les touche de près, personne ne sera fondé à leur en faire un reproche, puisque leur intervention aura eu pour résultat de dégager la vérité, c'est-à-dire la seule chose qui importe dans l'espèce.

P. MUSELIER.

NOUVELLES

Corps de santé militaire.

Les médecins militaires dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

M. Troussaint, méd.-maj. de 2e cl. au 58e rég. d'inf., désigné pour le 2e rég. de drag. est maintenu à son poste actuel.

M. Godet, méd.-maj. de 2e cl. aux hôpit milit. d'Oran, désigné pour le 12e rég. de huss., est affecté au 2e rég. de drag.

M. Fournot, méd.-maj. de 2e cl. au 5e rég. de chass. d'Afr., pour le 12e rég. de huss.

Corps de santé de la marine.

Mutations. — MM. les méd. de 2e cl. Suard et Berthier, de Toulon, et L'Honen, de Brest, rempl. à la Nonvelle-Calédonie, MM. Boyer, Seguin et Jouende, qui sont ratt., le premier, à Cherbourg, le second, à Rochefort, le troisième, à Brest.

MM. les méd. de 2e cl. Porquier et Guilland, de Brest, et Legendre, de Cherbourg, serv. au Sénégal et au Soudan français, aux lieu et place de MM. Bonsignorio, de Cotte et Heyries, qui serv., le premier à Lorient et les deux autres à Cherhourg

Liste d'emharquement des médecins de 1re classe :

Cherbourg. — MM. 1. Laborde; 2. Ménier; 3. Duville; 4. Girard; 5. Le Méhauté; 6. Castellan; 7. Notaris; 8. Bizardel; 9. Arnaud; 10. Leclerc; 11. Roussin; 12. Borély; 13. Thomas; 14. Ludger; 15. Plouzané.

Corps de santé des colonies.

Les listes d'emharquement et de départ pour les colonies, des officiers du corps de santé de la marine, au 1er septembre, ont été ainsi arrêtées :

Médecins en chef : MM. 1. Mathis; 2. Dupont; 3. Doué; 4. Ely; 5. Beaumanoir; 6. Monin; 7. Friocourt; 8. Geoffroy; 9. Bonnafy; 10. Michel; 11. Laugier.

Médecins principaux : MM. 1. Frison; 2. Rémond; 3. Geoffroy; 4. Saffre; 5. Sollaud; 6. Brémaud; 7. Ardouin; 8. Caradec; 9. Dhoste; 10. Masse; 11. Deschiens; 12. Barralier; 13. Nègre; 14. Danguy des Déserts.

Médecins de 2e classe : MM. 1. Suard; 2. Porquier; 3. Berthier; 4. Legendre; 5. Guilland; 6. Besnard; 7. L'Honen.

Médecins des troupes : MM. les médecins de 1re classe, 1. Crand-Moursel; 2. Cousyn; 3. Fortoul; 4. Tréguier; 5. Flandrin.

MM. les médecins de 2e classe, 1. Ilhert; 2. Gaillard; 3. Denis; 4. Corolleur; 5. Comte-Lagauterie; 6. Morel; 7. Bastier; 8. Aubry; 9. Layet; 10. Barthelémy; 11. Villard.

Mutations. — M. Lecorre, méd. en chef de 2e cl., est nommé chef du service de santé à la Guyane.

MM. les méd. de 2e cl. Lépiuay et Patriarche sont maintenus, le premier en Cochinchine, le second à la Guyane;

M. le méd. de 2e cl. Ollivier servira à Diégo-Suarez.

Distinctions honorifiques. — Ont été nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Mesnet, médecin à l'Hôtel-Dieu de Paris.

Au grade de chevalier : M. Gougenheim médecin à l'hôpital Lariboisière.

Concours pour la place de chirurgien de l'hôpital de Berck-sur-Mer. — Un concours pour la nomination à la place de chirurgien de l'hôpital de Berck sur Mer sera ouvert le jeudi 22 octobre 1891, à midi, dans l'Amphithéâtre de l'Administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3.

MM. les docteurs qui voudront concourir devront se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, depuis le lundi 14 septembre jusqu'au mercredi 7 octobre inclusivement, de 11 heures à 3 heures.

Les conditions de l'admission à ce concours et les formalités à suivre ont été publiées par le *Bulletin medical*, voir p. 657 et 810.

Jeudi, 10 septembre, à 2 heures précises, conférence publique à l'exposition des insectes aux Tuileries, sur les *microbes* de la fermentation, les maladies de la vigne, des raisins et des vins. Moyens proposés pour y remédier, par M. le Dr Pinel, de la Société philotechnique.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

CHIRURGIE PRATIQUE

ÉTUDE ET CRITIQUE EXPÉRIMENTALES DE LA TRACTION PAR LES POIDS DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU CORPS DU FÉMUR PAR L'EXTENSION DANS LA RECTITUDE.

Par le Dr PAUL THIÉRY,
Prosecteur de la Faculté.

(Suite) (1)

EXPÉRIENCE XXIII. — Traction transmise au dynamomètre plantaire (2).

—	Poulie 1	Poulie 2	Poulie 3	Poulie 4
Tract. à 5 k.	3 1/2	3(3 1/2)	3 (4)	3 (4)
— 7 k.	5 (6)(3)	5 (6)	5 (6)	5 (6)
— 9 k.	6 1/2	7 (8)	7 (8)	6 1/2 (7 1/2)
— 13 k.	10 (11)	10 (10)	10 1/2 (11 1/2)	10 (11 1/2)
— 16 k.	13 1/2 (15)	14 (15)	13 3/4 (15)	13 1/2 (14)

Cette augmentation de la force transmise à la suite de la percussion de l'appareil est assez notable, puisqu'elle peut se chiffrer parfois par 1 kil. et même 1 kil. 1/2. En d'autres termes, il est possible d'obtenir par ce procédé la transmission intégrale ou presque intégrale de la traction que doivent produire les poids suspendus et même, mais plus rarement, dans certains cas où les mouvements deviennent un peu amples ou brusques, il est possible d'obtenir une traction supérieure à la traction nominale, en d'autres termes d'obtenir sur un dynamomètre une traction de 10 kil., je suppose, par la suspension à la corde réfléchie de 9 kilogr. seulement. Ce résultat paradoxal peut s'expliquer et nos expériences XIX et XX le démontrent très bien et démontrent en même temps : 1° pourquoi la plupart des poulies de valeur théorique différente se valent en pratique ; 2° pourquoi l'ampliation de la traction par la mobilisation de l'appareil est d'autant plus grande que le poids tenseur est plus fort.

(1) Voir les nos 24, 25, 26, 28, 30, 32, 34 et 36.

(2) Chiffres obtenus par une traction pure et simple.

(3) Chiffres amplifiés par quelques mouvements imprimés par la percussion du dynamomètre.

On peut donc admettre que lorsque les poids tenseurs de l'appareil d'extension font équilibre à la contraction musculaire, la traction puisse jouer un rôle important dans le maintien de la fracture, mais avec la réserve expresse que celle-ci a été auparavant bien et dûment réduite et que la contre-extension est assurée d'une manière parfaite. Celle-ci vient-elle à se relâcher, on ne peut compter sur la traction des poids pour rétablir intégralement l'effort qu'ils soutenaient auparavant puisqu'il pouvait être supérieur à leur valeur nominale.

C'est donc à ce rôle de contention bien plus qu'à son action de traction, c'est-à-dire à un rôle bien plus passif qu'actif que la traction doit d'entrer dans le traitement des fractures, et des fractures du fémur en particulier ; mais le jour où on aura trouvé pour celles-ci comme pour les fractures de jambe des moyens de contention efficaces, nous croyons que le sort de l'extension sera celui qu'elle a subi pour ces mêmes fractures de jambe et qu'il n'en résultera aucun détriment pour les malades.

4° DU POIDS DU MEMBRE ET DU FROTTEMENT COMME CAUSES DE DÉPERDITION.

Indépendamment de ces causes multiples, réflexion de la corde sur la poulie, frottement des draps, qui toutes concourent à atténuer l'effet de la traction, il en existe une qui, malgré le médiocre intérêt qu'elle présente ne doit pas être passée sous silence, car elle influe dans une mesure assez notable sur l'efficacité de la traction par les poids faibles ; elle réside dans le poids du membre. Nous n'avons, pour l'étudier, institué que cinq expériences qui toutes portent sur le même membre et bien que le poids du membre se trouve confondu avec d'autres causes de déperdition de la traction, il est facile d'en conclure par raisonnement ce qui arriverait dans tous les cas. Coupons un membre et laissons-le reposer sur la table, il est bien évident que quel que soit son poids il faudra une certaine traction pour le déplacer, que cette traction dépendra des conditions de frottement du membre sur les draps ou la table, des moyens de suspension employés et du poids du membre. Nous n'avons point cherché à établir dans quelles proportions entrait le poids du membre pour atténuer l'effort de la traction : cette étude eût présenté d'ailleurs peu d'intérêt ; nous avons choisi le membre d'un adulte bien musclé et apparemment vigoureux, la plupart des traumatismes graves du fémur atteignant cette catégorie des sujets : la fracture siégeait un peu au-dessus du 1/3 inférieur et le poids total de la partie du membre siégeant au-dessous de la fracture était de 4 kilogr. 270 gr.

EXPÉRIENCE XXIV. — Le membre est séparé du tronc au-dessous de la fracture : la jambe nue maintenue lâchement par des poinçons latéraux, en sorte qu'elle repose par sa face postérieure, repose sur une table de bois horizontale.

La traction s'effectue comme dans la plupart des expériences

précédentes sur une cordelette passée au niveau de la plante du pied au-dessous de la peau et de l'aponévrose plantaire : la corde se réfléchit sur une poulie et supporte un plateau.

Je fixe un poinçon à l'extrémité fracturée du fémur qui m'indique à ce moment le point de départ de la progression du membre. Le plateau de la balance (2 kil. 500) étant en place faisant traction, j'établis le contact entre le poinçon témoin et l'extrémité du fémur.

La traction à 1 kil. (1)	produit une progression de	1/2 m/m
— 2 kil.	—	2 m/m 1/4
— 3 kil.	—	35 m/m
— 4 kil.	—	entraîne la jambe.

Expérience XXV. — Toutes les conditions de l'expérience précédente sont remplies, mais la jambe nue repose et doit glisser sur des draps : la traction est faite sur des anses jambières de diachylon comme sur le vivant. Les draps sont cloués à la partie supérieure, afin de n'avoir pas de mouvement de glissement du tissu sur la table.

Le contact est établi alors que le plateau de la balance fait déjà traction.

La traction à 1 kil. (2)	produit une progression de	0 m/m
— 2 kil.	—	2 m/m 1/2
— 3 kil.	—	5 m/m
— 4 kil.	—	20 m/m
— 5 kil.	—	entraîne le membre.

Si l'on compare ces chiffres à ceux fournis par l'expérience précédente toutes choses étant égales, on constate l'influence nocive du frottement du membre sur les draps : elle est fort notable et nous était déjà connue.

Expérience XXVI. — Le dispositif général est le même que dans l'expérience précédente, mais le membre repose sur un drap jeté et fixé sur deux billots disposés parallèlement au membre, en sorte de former gouttière suspendue à des montants fixes : 2 bandelettes de diachylon soulèvent le moignon de fracture et le pied et s'opposent à leur frottement sur la table. C'est le dispositif de l'appareil hyponarthécique le plus simple où le frottement est au maximum pour cette catégorie d'appareils : le contact de l'os et du poinçon est établi comme précédemment : la traction est faite directement sur une anse de corde plantaire fixée à travers les téguments.

La traction à 1 kil. (3)	produit une progression de	2 m/m
— 2 kil.	—	10 m/m
— 3 kil.	—	22 m/m
— 4 kil.	—	40 m/m et plus
— 5 kil.	—	entraîne le membre.

chiffres bien évidemment en faveur des appareils hyponarthéciques, malgré ce que notre dispositif a de grossier et de primitif et qui concorde avec ce que nous savons déjà de cet appareil.

Expérience XXVII. — Vient-on dans une autre expérience à réaliser le type idéal de l'appareil suspendu, c'est-à-dire à placer le membre détaché sur 2 cordelettes excessivement mobile dont le point d'attache supérieur tombe au milieu du membre à mouvoir, il suffit alors d'une traction excessivement faible qui se compte alors par livres ou par centaines de grammes pour produire de très notables déplacements.

Enfin restait à fixer dans cet ordre d'idées la perte qui peut résulter de l'enveloppement du membre dans des appareils qui augmentent : 1° son poids, 2° sa surface d'appui sur le lit, et par conséquent, 3° le frottement.

L'appareil de Scultet était pour cela tout indiqué.

(1) A ces poids il faut ajouter celui du plateau.
(2) Même remarque.
(3) Même remarque.

Expérience XXVIII. — Le membre qui a déjà servi aux essais précédents est enveloppé d'un Scultet complet avec attelles et coussins latéraux conformément aux règles de l'application de ce bandage.

L'ensemble du membre et de l'appareil pèse 7 kilogr. 365, ses dimensions totales étant de 20 millim. dans un sens et 62 dans l'autre, la surface totale d'appui et de frottement est de 0 m. 124 centimètres carrés.

Le Scultet repose sur des draps épais formant matelas, la traction est faite sur des anses jambières de diachylon ; le contact avec le jalon de départ est établi alors que le plateau destiné à supporter les poids (2 kil. 500) fixera déjà la traction.

La traction à (1)

1 kil.	produit une progression de	0 m/m
2 kil.	—	1/4 m/m
3 kil.	—	1 m/m
4 kil.	—	2 m/m
5 kil.	—	3 m/m
6 kil.	—	8 m/m et plus si on attend.
7 kil.	—	entraîne le membre.

Ainsi que l'on pouvait s'y attendre, nous constatons ici que la traction nécessaire à la progression d'un appareil qui repose par une large surface sur le plan du lit, contrariée encore par l'augmentation de la surface de pression et du poids total de l'appareil, est de beaucoup supérieure à celle que nécessitait la traction du membre placé à nu sur des draps ; en effet, il est une condition encore plus défavorable à la traction que le frottement de la peau sur les draps, c'est le frottement drap sur drap.

Il suffit de répéter les expériences précédentes sur d'autres membres d'un poids donné pour évaluer par différence la quotité de perte de traction qui revient au poids du membre, il est plus utile d'étudier les causes, poids et frottement, réunies comme elles se présentent en pratique.

Résumé synoptique des expériences précédentes.

Traction (2)	Membre en Scultet et sur drape	Membre nu et sur draps.	Membre nu sur la table.	Membre sur hamac.	Membre sur cordelette.
1 kil.	0	0	1/2	2 m/m	Un poids très faible suffit pour entraîner le membre.
2 kil.	1/4	2 m/m 1/2	2 1/4	1 centim.	
3 kil.	1 m/m	5 m/m	35 m/m	22 m/m	
4 kil.	2 m/m	2 centim.	Est entraîné	4 c/m	
5 kil.	3 m/m	Est entraîné	....	Est entraîné	
6 kil.	8 m/m				
7 kil.	Est entraîné				

Expérience XXIX. — D'autres expériences nous permettent encore d'établir nettement combien influent sur la traction le poids et le frottement du segment du membre qui doit se déplacer (3).

Un dynamomètre étant interposé au tronçon du membre et au fragment inférieur, un autre dynamomètre étant interposé au trajet de la cordelette entre la plante et la poulie, on exerce une traction par la main ou de préférence par des poids ; le dynamomètre plantaire et le dynamomètre crural n'accusent point la transmission de la même force de traction, le chiffre marqué par le second étant toujours inférieur à celui marqué par le premier.

Vient-on à supprimer le membre et à le remplacer par une cordelette, les dynamomètres restant d'ailleurs fixés comme précédemment, le chiffre de la traction ensuite exercée est égal pour les deux dynamomètres : poids du membre et frottement provoquaient la perte graduelle de traction du dynamomètre plantaire ou dynamomètre crural.

(1) Voyez les notes précédentes.
(2) A laquelle il faut ajouter le poids du plateau : 2 kil. 500.
(3) Nous engageons le lecteur à se reporter aussi à ce que dit M. Hennequin, aux pages 293 et 298 de son mémoire de 1886 (*Revue de chirurgie*) où il étudie avec détails les résistances.

S'il était besoin d'en donner d'autres démonstrations elles abonderaient, la suivante s'applique surtout à démontrer l'adhérence du membre aux draps du lit:

Expérience XXX. — Une sorte de hamac est formé par une serviette clouée sur deux billots latéralement placés et parallèles au membre; celui-ci est couché sur ce billot, il est relié au tronçon du membre par un dynamomètre étroitement fixé aux deux fragments de la fracture expérimentale; un autre dynamomètre plantaire indique la traction effective dans l'axe (nous avons vu que celle-ci ne correspondait nullement à la somme des poids placés dans le plateau).

Plaçons 25 kilogr. net, poids du plateau compris, le dynamomètre plantaire indique 20 kilogr. le hamac se tend vers la poulie, et à un certain moment il est tendu et la traction ne peut plus se faire par tension du hamac; à ce moment, le dynamomètre crural marque 15 kilogrammes, la traction originelle étant toujours de 25 kilogr.

Si le membre n'adhérait pas au drap ou n'y était fixé par son poids, il pourrait glisser et la traction augmenterait sur le dynamomètre crural; soulevons légèrement le membre pour détendre le hamac et aussitôt le dynamomètre crural marque 17 kilogr. ce qui équivalait à une perte de 2 kilogr. par adhérence du membre au lit sous-jacent.

5° De la traction effective au niveau du foyer de fracture comparée a la traction déployée.

Mais ce n'est pas tout encore et s'il y avait quelque intérêt à calculer la quotité de force transmise en arrière de la poulie, l'intérêt était encore plus grand de savoir quelle était en réalité la force de traction transmise au foyer de fracture dans les diverses conditions qui peuvent être réalisées pratiquement après l'application des différents appareils (1).

Le dispositif était le suivant: le segment de membre étant séparé du tronc par section des muscles et de la peau au niveau du tronc, chaque fragment fémoral est percé sur ses deux faces d'un trou qui permet de fixer à ce niveau un dynamomètre; un autre dynamomètre peut rester fixé ou non entre la plante du pied et la poulie; il indique la traction effective dans l'axe produite par les poids que l'on dépose sur le plateau; le corps du sujet fortement ramené vers l'extrémité de la table fait contre-extension par sa masse inerte; le cou est d'ailleurs fortement fixé. Les chiffres suivants subissent le contrôle de la gradation au moment où l'on ajoute des poids par celle de la diminution à la suite de l'ablation graduelle des poids tout en tenant compte de la cause d'erreur signalée dans les expériences XIX et XX.

Expérience XXXI. — Dans la première expérience, le membre est placé à nu sur des draps faisant matelas.

Dans ces conditions:

La traction réelle étant de

7 kil. 5	le dyn. plantaire marque	5 kil.	le dyn. crur.	1 kil.
10 kil. 5	—	8 kil.	—	4 kil. 500
12 kil. 5	—	9 kil. 500	—	5 kil.
17 kil. 5	—	13 kil.	—	9
22 kil. 5	—	16 kil. 500	—	13 kil.
25 kil. 5	—	20 kil.	—	14 kil.
27 kil. 5	—	21 kil.	—	15 kil.

Expérience XXXII. — Dans une seconde expérience le même membre est placé dans l'appareil de Scultet avec attelles et coussins latéraux, le tout pesant 7 kil. 365 et offrant une surface d'appui de 1.250 c. carrés. De plus le Scultet repose sur des draps, c'est donc l'expérience précédente mais au lieu du frottement du membre sur les draps, c'est la toile du Scultet qui frotte sur celle du drap.

(1) C'est, somme toute, étudier la traction effective et la traction stérile.

Nous arrivons aux résultats suivants:

La traction étant de

10 kil. 5	le dyn. plant. marq.	7 kil.	et le dyn. crural	2 kil.
11 kil. 5	—	8 kil.	—	2 kil. 1/2
12 kil. 5	. .	9 kil. 1/2	—	3 kil.
13 kil. 5	—	10 kil.	—	4 kil.
14 kil. 5	—	10 kil. 1/2	—	4 kil.
15 kil. 5	—	11 kil.	—	5 kil. 1/2
16 kil. 5	—	12 kil. 1/2	—	9 kil.
17 kil. 5	—	13 kil. 1/2	—	9 kil. 1/2

En d'autres termes les résultats de la traction par les poids usuels sont dans l'ensemble encore plus défavorables que dans l'expérience précédente, ce que l'on pouvait prévoir si l'on compare le poids du membre détaché, mais laissé à nu, ou le poids de ce membre augmenté de celui de l'appareil, enfin l'énorme base d'appui du Scultet et le frottement, toile sur toile, qui se produit.

Expérience XXXIII. — Supprimant alors tout appareil qui enveloppait le membre, et dégageant la table des draps qui la recouvraient, nous avons fait (tout étant d'ailleurs disposé comme précédemment et la jambe soutenue par un seul poinçon placé latéralement, la table étant bien sèche) les constatations suivantes:

La traction étant de

7 kil. 5	le dyn. plant. marq.	5 kil.	le dyn. crural	1 kil.
10 kil. 5	—	7 kil. 1/2	—	2 kil.
12 kil. 5	—	10 kil.	—	5 kil.
17 kil. 5	—	13 kil. 1/2	—	9 kil.
19 kil. 5	—	15 kil.	—	13 kil.
22 kil. 5	—	17 kil.	—	15 kil.
25 kil. 5	—	20 kil.	—	16 kil. 1/2
27 kil. 5	—	21 kil.	—	17 kil. 1/2

chiffres qui, comparés à ceux de l'expérience XXXI, révèlent seulement pour les poids les plus forts, l'influence du frottement sur les draps si défavorable dans cette expérience XXXI. On pourrait se demander pourquoi le même rapport des deux expériences ne se vérifie pas pour les poids de 7 à 17 kilogr. et nous croyons pouvoir en donner l'explication suivante: le membre à nu sur la table lui est fixé en réalité pendant la première partie de l'expérience non par l'influence du frottement, mais par adhérence de la peau, la traction intervenant fait glisser d'abord les parties molles dans leur enveloppe cutanée, celle-ci subissant une distension du talon vers la racine du membre; lorsque cette distension de la peau est au maximum, le membre progresse alors avec moins de frottement que s'il reposait sur des draps.

Expérience XXXIV. — Une quatrième expérience tend à nous rapprocher des appareils hyponarthéciques (1); tout étant disposé comme précédemment, le membre repose à nu dans la gouttière que lui forme une serviette clouée sur deux billots et qui reçoit le membre (2).

(1) C'est-à-dire à suspension.

(2) M. Hennequin avait prévu les avantages du hamac dans la transmission de la traction effective.

La traction originelle étant de

7 kil. 5	le dyn. plant. marq.	5 kil.	le dyn. crural	1 kil. 5
10 kil. 5	—	7 kil. 1/2	—	3 kil.
12 kil. 5	—	9 kil. 1/2	—	4 kil.
17 kil. 5	—	13 kil. 1/2	—	10 kil.
20 kil. 5	—	15 kil. 1/2	—	12 kil.
22 kil. 5	—	17 kil.	—	13 kil. 5
25 kil. 5	—	20 kil. 5	—	15 kil.
27 kil. 5	—	21 kil.	—	17 kil.

Au début de l'expérience la force de traction obtenue au foyer de fracture est plus considérable que dans la moyenne des expériences précédentes, c'est ce que devait faire prévoir le raisonnement (voyez expérience XXX), puisque dans cette partie de l'expérience le hamac docile à la distension peut être considéré comme légèrement mobile quoique fixé par ses parties latérales ; il se distend ; en d'autres termes, une ligne tracée transversalement sur son tissu prend l'aspect d'une ligne courbe, convexe vers le talon ; mais une fois l'effet de distension du tissu produit, la valeur du hamac fixe comme appareil hyponarthécique cesse et la traction obtenue au foyer de fracture n'est pas sensiblement supérieure à celle que nous avons constatée dans les expériences précédentes.

Enfin des deux expériences suivantes, la dernière surtout réalise la perfection parfois inapplicable chez le malade des appareils hyponarthéciques (1).

(A suivre).

CHIMIE APPLIQUÉE A LA THÉRAPEUTIQUE

LA BALNÉATION CHLORURÉE-SODIQUE, SES EFFETS SUR LA NUTRITION, SES NOUVELLES INDICATIONS

Par M. ALBERT ROBIN
Membre de l'Académie de médecine.

(Suite) (2).

III

Nous n'avons aucun moyen de mesurer directement le sens et l'intensité de ces modifications de l'excitabilité nerveuse ; mais l'étude des variations provoquées dans les échanges par les bains salins va nous permettre de les déterminer par voie indirecte. Connaissant alors la marche imprimée à ces échanges organiques généraux ou particuliers par des bains salins de composition et de concentration diverses, il sera possible de fixer d'une manière scientifique les règles de leur emploi, si, comme je le disais tout à l'heure, on a eu le soin de rechercher comment se comportaient ces mêmes échanges dans les diverses maladies qui sont justiciables de la balnéation saline.

Rohrig et Zuntz ont montré que le bain salin à 3 p. 100 et 36° augmentait la quantité d'oxygène inspiré et celle de l'acide carbonique expiré. Dommer, étudiant parallèlement les effets des bains simples et des bains salins, a vu que ces derniers augmentaient la quantité d'urée (3).

(1) Nous avons dit que contrairement à l'étymologie du mot nous employons le mot hyponarthécique comme synonyme d'appareil à suspension. Certains auteurs lui conservent son acception primitive qui le rapproche des plans inclinés.

(2) Voir le numéro 37.

(3) État normal..... Urée 32.64.
Bain simple...... — 32.40.
État normal...... — 32.01.
Bain salin....... — 36.33.

Beneke à Nauheim, Neubauer à Wiesbaden, Lehmann à Œynhausen, sont arrivés aux mêmes conclusions.

Il paraît donc résulter au premier abord, de ces recherches, que les bains chlorurés-sodiques augmentent à la fois la désintégration et l'oxydation azotée.

Tout récemment, M. Keller, de Rheinfelden, a repris la question, en faisant intervenir le degré de concentration du bain. Ses recherches ont abouti à un résultat un peu inattendu sur lequel il y a lieu d'insister.

L'auteur a fait 3 séries d'expériences sur lui-même, avec des bains d'eau douce, des bains d'eau minéralisée à 3 p. 100 et des bains minéralisés à 6 p. 100. Voici quelles ont été les variations observées dans l'élimination urinaire :

	Bain simple	Bain salin à 3 0/0	Bain salin à 6 0/0
	—	—	—
Poids du corps....... ..	+ 0.2 0/0	— 0.5 0/0	— 0.4 0/0
Volume de l'urine......	—10.7 0/0	+21.9 0/0	— 2.7 0/0
Azote	+ 3.8 0/0	— 1.4 0/0	— 0.9 0/0
Acide sulfurique........	+ 0.9 0/0	+ 0.1 0/0	— 1.4 0/0
Chlore............	—33.» 0/0	+42.7 0/0	+ 6.2 0/0
Acide phosphorique,....	— 3.1 0/0	— 2.3 0/0	— 6.4 0/0
Chaux...................	— 8.4 0/0	+ 1.» 0/0	+14.8 0/0

Il est fort difficile de tirer de ces variations une conclusion ferme; aussi l'auteur se borne-t-il au résumé suivant :

« Le bain salin à 6 p. 100 n'est pas du tout parallèle dans son action sur le chimisme normal de l'homme à sa minéralisation plus élevée. Son effet sur la sécrétion des urines et du chlore est inférieur, son action dans la sécrétion de l'acide phosphorique et de la chaux est, au contraire, supérieure à l'action du bain salin à 2 p. 100. »

Je serais plutôt disposé à conclure que les bains à 3 p. 100 et 6 p. 100 n'exercent qu'une influence minime sur les échanges organiques azotés et sulfurés, que le bain à 3 p. 100 agit principalement sur le système vaso-moteur du rein, que le bain à 6 p. 100 ne modifie en rien ce système, mais qu'il paraît diminuer la désintégration des organes riches en phosphore et augmenter celle des organes riches en chaux.

Mais il est difficile de baser sur ces documents épars et incomplets des applications pratiques. Tout au plus, pourrait-on supposer que le bain à 3 p. 100, qui se rapproche comme richesse saline du bain de mer du Nord, excite la sécrétion rénale, que le bain à 6 p. 100 tendrait à amoindrir. Quant à conclure de là que le bain à 3 p. 100 est stimulant, et le bain à 6 p. 100 sédatif, comme on l'a prétendu, cela me paraît tout à fait impossible, puisque ce serait faire abstraction de l'action locale de ces deux sortes de bain sur la circulation locale de la peau.

On voit que toutes ces recherches, malgré leur réel intérêt, sont loin d'avoir résolu la question. Je n'ai rapporté que les plus récentes et, parmi celles-ci, je n'ai envisagé que les points qui pouvaient montrer le problème sous une autre face. Mais la littérature médicale abonde en travaux de cet ordre, qu'il est à peu près impossible, malheureusement, d'utiliser, au point de vue particulier auquel je me suis placé.

IV

Il était donc nécessaire d'instituer de nouvelles recherches. Comme la Commission des eaux minérales de l'Académie de médecine avait décidé l'envoi à Salies-de-Béarn d'un de ses stagiaires, M. Gauly, je priai celui-ci qui avait passé une année dans mon service en qualité d'interne provisoire, de vouloir bien servir desujet d'expérience.

M. Gauly suivit strictement pendant toute la durée de l'expérience le régime suivant :

Filet	400 gr.	2.338 grammes.
Riz	200	
Pain	300	
Beurre	30	
Sel	8	
Eau	1.000	
Vin	400	

Si l'on calcule, d'après les tables de Kœnig, la contenance de ces aliments en matières albuminoïdes, graisses, etc., on obtient les chiffres ci-dessous :

Matières albuminoïdes	122 gr. 70	2.329 gr. 52
Féculents	311	
Corps gras	48	
Sucres et extractifs non azotés	8 10	
Cellulose	2 22	
Sels	19 50	
Alcool	30	
Eau	1.788	

Sauf pendant trois jours, M. Gauly fit quotidiennement une promenade à pied de 3 kilomètres. La température, le pouls, la respiration, le poids, fut pris régulièrement chaque jour.

L'urine, soigneusement recueillie, suivant le programme que j'avais donné à M. Gauly. Celui-ci m'envoya les résultats bruts de ses mensurations et de ses analyses. Après les avoir vérifiés et éliminé certains dosages incomplets, je les examinai dans leurs détails, et j'essayai de tirer quelque conclusion de cette étude. Je puis dire, de suite, que ces résultats sont assez significatifs pour mériter de retenir l'attention des médecins, et qu'ils justifient pleinement ce que j'avançais tout à l'heure, à propos du parti que l'on peut tirer de cette méthode d'investigation et des services qu'elle doit rendre à la thérapeutique.

La période d'essai pré-balnéaire a duré trois jours. Les bains au quart, renfermant 6 p. 100 de matériaux salins, ont été pris pendant trois jours. Il en a été de même pour les bains demi-sel, renfermant 12 p. 100 de sels. La période des bains pur sel ou bains entiers, renfermant 25 p. 100 de sels, a été de six jours.

Le tableau n° 1 condense la moyenne des analyses effectuées, avant, pendant et après la balnéation. Une colonne contient les moyennes obtenues pour vingt-quatre heures; une deuxième colonne résume les moyennes par kilogramme de poids et par vingt-quatre heures (tableau n° 1).

Dans le tableau n° 2, j'ai fait figurer les augmentations et les diminutions des divers éléments de l'urine, rapportés au kilogramme de poids (tableau n° 2).

Il s'agit maintenant d'interpréter les chiffres obtenus :

1° Le bain au quart diminue la quantité d'urine, les matériaux organiques, l'acide urique, les matières extractives azotées;

Il n'exerce aucune influence sur les matériaux solides et l'azote incomplètement oxydé;

Il augmente les matériaux inorganiques, l'azote total, l'urée, le coefficient d'oxydation azotée, les chlorures, l'acide phosphorique, le rapport de l'acide phosphorique à l'azote total.

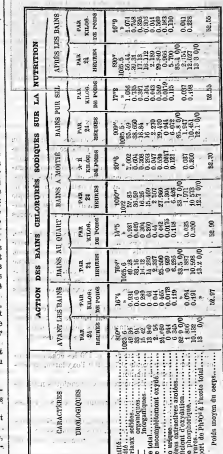
2° Le bain demi-sel augmente tous les éléments urinaires et diminue le rapport de l'acide phosphorique à l'azote total;

3° Le bain pur sel diminue l'azote incomplètement oxydé, les matières extractives azotées, l'acide urique, le rapport de l'acide phosphorique à l'azote total. Il augmente tout le reste.

4° Après la cessation des bains, l'azote incomplètement oxydé, les matières extractives azotées, le rapport Ph^2O^5 : Az total, restent diminués. Toutes les autres augmentations s'accentuent.

De ces résultats généraux on peut tirer les considérations physiologiques que je vais exposer.

Tableau n° 1.



ACTION DES BAINS CHLORURÉS SODIQUES SUR LA NUTRITION

CARACTÈRES UROLOGIQUES	AVANT LES BAINS PAR 24 HEURES	AVANT LES BAINS PAR KILOG. DE POIDS	BAINS AU QUART PAR 24 HEURES	BAINS AU QUART PAR KILOG. DE POIDS	BAINS A MOITIÉ PAR 24 HEURES	BAINS A MOITIÉ PAR KILOG. DE POIDS	BAINS PUR SEL PAR 24 HEURES	BAINS PUR SEL PAR KILOG. DE POIDS	APRÈS LES BAINS PAR 24 HEURES	APRÈS LES BAINS PAR KILOG. DE POIDS
Quantité	809″	16″4	768″	14″5	1090″	20″6	909″	17″2	890″	16″9
Densité	1025 6	»	1025.6	»	1022	»	1025 5	»	1025.5	»
Matériaux solides	49 36	0.931	49.28	0.931	52.85	1.002	55.49	1.056	56.44	1.074
— organiques	33 94	0.610	38.16	0.620	36.59	0.604	38.650	0.735	39.31	0.748
— inorganiques	15 42	0 289	16.12	0 304	16.26	0.308	16.84	0.321	17.13	0.326
Azote total	13 869	0 61	14 280	0.260	15.469	0.293	16 »	0.304	16.112	0.306
Azote incomplètement oxydé	2. 53	0 044	2.337	0.44	2 507	0.047	2.270	0.043	2.189	0.041
Urée	24.660	0 465	25.500	0 482	27.960	0.530	29.420	0.559	29.840	0.569
Acide urique	0 944	0.0178	0 929	0.0175	1.304	0.0247	0 944	0.0179	0.966	0.183
Matières extractives azotées	6 345	0.119	6.286	0.118	6.426	0.121	6.072	0.115	5.790	0.110
Coefficient d'oxydation	82 9 0/0	»	83.5 0/0		83 7 0/0		85.8 0/0		85.4 0/0	
Acide phosphorique	1 806	0.034	1 887	0.035	1.971	0.037	1.947	0.037	2.154	0.041
Chlorures	10.132	0.191	10.598	0.200	10 573	0.200	10.451	0.198	12.027	0.228
Rapport de Ph^2O^5 à l'azote total	13 0/0	»	13.2 0/0		12.7 0/0		12.1 0/0		13 3 0/0	
Poids moyen du corps		52.97		52 90		52.70		52.55		52.55

Tableau n° 2.

VARIATIONS DES ÉLÉMENTS DE L'URINE
par 24 heures et par kilogr. de poids

DESIGNATION DES ÉLÉMENTS	BAIN DE SALIES AU QUART	BAINS A MOITIÉ	BAINS PUR SEL	APRÈS LA PÉRIODE DES BAINS
Quantité	—11.5 0/0	+25.4 0/0	+ 4 6 0/0	+ 3.5 0/0
Matériaux solides	pas de chang.	+ 7 6 0/0	+13.4 0/0	+15.3 0/0
— organiques	— 2.3 0/0	+ 8 2 0/0	+14.8 0/0	+16 7 0/0
— inorganiques	+ 5.1 0/0	+ 6 5 0/0	+11 6 0/0	+12 8 0/0
Azote total	+ 3 0/0	+12.2 0/0	+16 5 0/0	+17.2 0/0
Azote incomplet, oxydé	pas de chang.	+ 6 8 0/0	— 2 2 0/0	— 6 8 0/0
Urée	+ 3 6 0/0	+13.9 0/0	+20 2 0/0	+22 3 0/0
Mat. extractives azotées	— 0 8 0/0	+ 1.6 0/0	— 3 3 0/0	— 7 5 0/0
Acide urique	— 1 6 0/0	+38.7 0/0	— 0.5 0/0	+ 2 8 0/0
Coefficient d'oxydat. azotée	+ 0.7 0/0	+ 0 9 0/0	+ 2.3 0/0	+ 4.2 0/0
Chlorures	+ 4.7 0/0	+ 4.7 0/0	+ 3.6 0/0	+19.3 0/0
Acide phosphorique	+ 2.9 0/0	+ 8.8 0/0	+ 8 8 0/0	+20 0/0
Ph^2O^5 : Azote total	+ 1 5 0/0	— 2.3 0/0	— 6.9 0/0	+ 2.3 0/0

V

1° ACTION PHYSIOLOGIQUE DU BAIN AU QUART

Ce bain est sans influence sur les échanges envisagés en bloc. Cependant il diminue faiblement l'échange des matières organiques et augmente un peu les échanges en matières inorganiques. Tout en diminuant l'échange des matières organiques totales, il augmente les échanges en principes azotés, ce que nous pouvons affirmer par l'élévation de l'urée et de l'azote total. Si les échanges azotés augmentent, tandis que les échanges organiques totaux diminuent, il en résulte mathématiquement que le bain au quart amoindrit les échanges des matières organiques non azotées.

Quoique les échanges azotés soient accrus, c'est-à-dire, quoique la désassimilation des matières azotées de l'organisme soit plus active, les produits azotés de cette désassimilation subissent une évolution, une oxydation plus complète, puisque le bain au quart augmente légèrement le coefficient d'oxydation azotée, et diminue, par conséquent, les produits incomplètement oxydés, à savoir, les matières extractives azotées et l'acide urique.

L'augmentation de l'acide phosphorique jointe à l'élévation du rapport de cet acide à l'azote total indique un très léger accroissement de la désassimilation des organes riches en phosphore, soit les centres nerveux ou le système osseux.

Par conséquent :

1° Le bain au quart augmente de 3 p. 100 les échanges azotés de l'organisme et active de 0,7 p. 100 l'oxydation des déchets azotés de la désassimilation.

2° Il diminue l'échange des matériaux organiques non azotés.

3° Il diminue de 1,6 p. 100 l'acide urique et de 0,8 p. 100 les matières extractives azotées.

4° Il accroît très légèrement la désassimilation des organes riches en phosphore (centres nerveux ou système osseux).

5° Il diminue la quantité d'urine, par diminution légère de la tension artérielle.

6° Il augmente l'élimination des matériaux inorganiques, particulièrement celle des chlorures.

(*A suivre.*)

UROLOGIE

DOSAGE CLINIQUE DES MATIÈRES EXTRACTIVES DE L'URINE — ET DE L'URÉE

Par le Dr BEUGNIES-CORBEAU.

J'ai imaginé pour ce dosage, que personne n'a pu rendre pratique jusqu'ici, le réactif suivant :

Brome 1cc ou 3 grammes
KBr 10 grammes
Aq. still. pour faire 100cc (c.-à.-d. : 96).

Enfermer dans un flacon hermétiquement bouché à l'émeri. Le réactif se conserve presque indéfiniment.

Le mode d'emploi est très simple. Je pars d'une urine parfaitement limpide et débarrassée de son albumine, si elle en contient.

Dans un volumètre à gaz, ayant une ouverture intérieure de 1 centimètre et une longueur de 35, avec une graduation en deci-C³, je verse 7 cc de réactif et 21 d'urine limpide ou filtrée, je bouche, j'agite et j'abandonne dans la verticale pendant vingt-quatre heures. Il se forme un dépôt floconneux qui gagne le fond. Lorsqu'au bout de douze à quinze heures il ne se rassemble pas bien, on incline doucement le tube dans divers sens, puis on le replace au repos vertical. On lit la quantité sédimenteuse obtenue au bout de vingt-quatre henres.

En agissant sur l'urine normale pesant 1.020 à 15° et contenant 8 grammes de matières extractives (sous ce titre je comprends toutes les matières autres que l'urée, c'est-à-dire les acides urique, hippurique, la créatinine, la xanthine, les matières colorantes et extractives proprement dites) l'expérience ci-dessus me donne un dépôt égal à 1/2 cc. D'où, en représentant par E l'ensemble des matières que j'appelle extractives, par V le volume en centim³ de l'urine rendue, et *n* le nombre de deci-C³ qu'occupe le coagulum, j'obtiens la formule suivante :

$$E = 0{,}0016 \cdot Vn$$

qui donne le résultat en grammes.

Y a-t-il lieu, pour une urine quelconque, de faire la correction de densité? L'expérience m'a démontré que non, quand la glycose n'intervient pas. Il est facile d'en saisir le motif; je crois donc inutile d'insister.

Commentaire de la réaction.

Au contact du brome, l'urine se trouble dans toute sa masse. Mais le trouble ne se concrète qu'après environ deux heures, en houppes floconneuses, qui, à l'examen microscopique, se montrent composées de grosses granulations, rondes, jaunes, brunes ou noires, de traînées filamenteuses, et d'oxalate calcaire en cristaux non attaqués par le réactif :

1° *Créatinine.* — Quand le brome n'est pas en excès, elle donne naissance à un corps cristallisant en aiguilles et ayant pour formule $C^4H^7Az^3BrO^2$.

A 120°, un surcroît de brome précipite une résine bromée ;

2° *Acide urique.* — L'eau de brome à basse température le transforme en alloxane et en urée. Si la température s'élève on obtient au surplus de l'acide oxalique, de l'acide parabanique et du $BrAzH^4$;

3° *Acide hippurique.* — Il est attaqué aussi ;

4° *Pigments, urobiline.* — Lorsqu'ils existent en certaine abondance, l'urobiline surtout, le précipité prend une couleur brune et même noire.

Le brome en présence des matières organiques peu stables décompose l'eau et donne lieu à la réaction générale suivante :

$$2\,Br + H^2O = 2\,BrH + O$$

L'urine qui a subi cette épreuve est excellemment préparée pour le dosage uréométrique selon la méthode d'Esbach, et ce dosage peut s'effectuer dans le même vol mètre en procédant comme suit :

Au fond de l'instrument, on verse 6 ou 7 ^{cc} de mercure; par dessus, 1 ^{cc} de lessive des savonniers, puis 10^{cc} de réactif à l'hypobromite. Enfin l'appareil étant un peu incliné, on y introduit doucement un tubule de verre où se trouve 1^{cc},25 d'urine, et muni sur son fond extérieur d'une bague de caoutchouc. On a lu toute la hauteur du liquide à laquelle on ajoute le 1^{cc},25 d'urine. On ferme l'appareil avec un bouchon de caoutchouc troué d'un petit tube capillaire. On effectue le mélange par agitation, le pouce fixant avec force le bouchon. On porte sur la cuve à eau et on lâche un peu de mercure par le tube capillaire. On agite de nouveau (la bague de caoutchouc du tubule empêche les chocs trop vifs). On lâche encore du mercure. Dernière agitation : on constate que le liquide est bien resté *jaune olive*. Alors on débouche sur la cuve à eau en ayant soin de faire tomber le tubule.

Le reste, comme dans les traités.

REVUE DES JOURNAUX

CORPS ÉTRANGERS DANS LES CAVITÉS NATURELLES

I. — UN SINGULIER CORPS ÉTRANGER DANS UNE OREILLE, par le Dr KŒHLER. (*Charité. Annales*, t. XV, p. 518.)

II. — CORPS ÉTRANGERS AYANT SÉJOURNÉ PENDANT SIX ANS DANS UNE FOSSE NASALE, par D. PULLEN. (*Bartholomew's Hospital Reports*, 1890, t. 26, p. 271.)

III. — NEURASTHÉNIE CAUSÉE PAR LA PRÉSENCE D'UN SCOLOPENDRE DANS LE NEZ D'UN HOMME, par le Dr BARWINSKI. (*Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1891, n° 71, p. 809.)

IV. — EXTRACTION D'UN CORPS ÉTRANGER LOGÉ DANS LE LARYNX DEPUIS VINGT ET UN MOIS, par C. RANSOM. (*Medical Record* 25 avril 1891.)

V. — SUR LE DIAGNOSTIC DES CORPS ÉTRANGERS DES BRONCHES, par le Dr SPRENGEL. (*Centralblatt für Chirurgie*, 1891, n° 14, p. 273.)

VI. — HÉMORRHAGIE PROFUSE A LA SUITE D'UNE LÉSION DE LA MUQUEUSE DE L'ESTOMAC PAR UN ÉCLAT DE VERRE; LAVAGE DE L'ESTOMAC, GUÉRISON, par le Dr S. HEILBRUNN. (*Centralblatt für Chirurgie*, 1891, n° 6, p. 114.)

VII. — SUR LES CORPS ÉTRANGERS DANS LA VESSIE, par VON DITTEL. (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 1891, n° 12.)

VIII. — ÉTUDE SUR QUELQUES CAS DE CORPS ÉTRANGERS DANS LA VESSIE, par le Dr P. BAZY. (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1891, n° 1.)

IX. — CORPS ÉTRANGERS AYANT SÉJOURNÉ TRENTE ANS DANS LE VAGIN, par le Dr SZIGETHY, (*Orvosi Hetilap* 1890, n° 52.)

X. — CORPS ÉTRANGERS DANS L'UTÉRUS, par le Dr O. BUNGE. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 5, p. 188.)

I. — Kœhler a eu l'occasion d'extraire d'une oreille un corps étranger qui fut reconnu pour l'apophyse condyloïde du maxillaire inférieur. Cet os avait été envahi par une ostéite qui avait entraîné l'ébranlement des dents et qui s'était finalement propagée à l'articulation temporo-maxillaire. L'apophyse en question avait été frappée de nécrose, et s'était frayée un chemin vers le conduit auditif externe. Il s'était formé une série de trajets fistuleux, qui se sont fermés après extraction du sequestre, sans troubles de l'ouïe. L'auteur ajoute qu'il n'y avait aucune raison d'admettre que ces lésions se rattachassent à l'actinomycose.

II. — Un enfant de 8 ans était atteint depuis six années d'un écoulement de l'une des fosses nasales, avec obstruction de cette cavité. En s'armant d'une sonde on put reconnaître la présence d'un corps dur dans cette fosse nasale. On chloroforma l'enfant et on introduisit une pince de Museux dans la fosse nasale, siège de l'obstruction. On réussit ainsi à extraire d'abord un bouton de chemise, en métal, de 1 centimètre de longueur, puis, une masse incrustée, de 5 pouces de longueur. Les deux corps étrangers avaient donc séjourné dans le nez de l'enfant pendant six années, à l'insu des parents et du médecin de la famille. Quatre jours après l'opération, l'enfant était complètement rétabli.

III. — Un employé supérieur était affecté d'un catarrhe chronique des fosses nasales, depuis quatre années; en même temps il était devenu neurasthénique, et pour rétablir l'équilibre de son système nerveux, il suivait un traitement dans un établissement d'hydrothérapie. Le catarrhe chronique des fosses nasales avait résisté à diverses médications, lorsque, pendant son séjour à l'établissement susdit, il expua un scolopendre vivant, provenant du nez. A partir de ce jour, le catarrhe des fosses nasales et de l'arrière-gorge entra en voie de guérison, et sous l'influence de la cure hydrothérapique, la neurasthénie se dissipa également.

IV. — Une femme en train de manger avait été prise subitement d'une violent accès de dyspnée. Depuis lors sa voix était presque éteinte. Vingt et un mois après l'accident, Ramsom procéda à l'extraction d'un fragment de verre, à triple arête, logé dans le larynx, entre les deux cordes vocales. La-dessus la phonation redevint normale.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans ce cas, c'est l'extrême tolérance du larynx pour le corps étranger.

V. — Dans un cas de pénétration d'un corps étranger dans une bronche, la question de savoir dans laquelle des deux bronches est logé le corps étranger se laisse souvent résoudre par la simple auscultation. On admet, en effet, qu'en cas d'obstruction complète de l'une des bronches, le murmure vésiculaire est aboli dans le poumon correspondant; quand l'obstruction est incomplète le murmure respiratoire de ce même côté est sifflant. Or, Sprengel a donné des soins à une petite fille de 5 ans qui avait avalé, sept jours auparavant, une perle en verre, assez grosse, à parois très minces. L'enfant était en proie à une violente dyspnée, avec cyanose. T. 39,2. A droite; le murmure vésiculaire s'entendait d'une façon très nette, à gauche, il était presque supprimé. Se fondant sur les règles ci-dessus énoncées, Sprengel diagnostiqua la présence d'un corps étranger dans la bronche gauche. Il procéda aussitôt à la trachéotomie, et il incisa en outre quatre cartilages de la trachée. En plaçant ensuite la tête de l'enfant dans une position déclive, pour faire pénétrer la lumière dans la trachée, l'opérateur finit par apercevoir la perle, qui obstruait complètement la trachée. Il introduisit une pince de Museux dans le conduit, pour le dilater au siége de l'obstruction.

A ce moment, une violente quinte de toux amena l'expulsion de la perle. Les suites ultérieures de l'intervention furent bénignes, malgré une atteinte intercurrente de coqueluche.

Pour expliquer les signes stéthoscopiques constatés dans ce cas, Sprengel suppose, ou bien que la perle siégeant dans la bronche droite comprimait la bronche gauche par son extré-

mité supérieure, de façon à gêner l'entrée de l'air dans ce conduit, ou bien, qu'elle siégeait immédiatement au-dessus du point de bifurcation de la trachée, en faisant une légère saillie dans la bronche droite. Cette seconde hypothèse, est particulièrement apte à rendre compte des modifications du murmure vésiculaire, observées chez cet enfant. En effet, la perle était creuse, fusiforme, et elle était percée à ses deux extrémités allongées. En adoptant la seconde hypothèse on comprend que le corps étranger ait empêché la pénétration de l'air dans la bronche gauche, tandis que le passage de l'air dans la bronche droite continuait de se faire à travers la perle.

VI. — Le cas relaté par Heilbrunn concerne un vieillard, qui, après avoir absorbé un verre de bière, se mit à vomir du sang. Le médecin le trouva couché sur un sopha, présentant tous les signes d'une hémorrhagie interne. Le malade rendit la valeur d'un bol de sang liquide mélangé de caillots. Le médecin soupçonnant qu'il s'agissait d'une lésion traumatique interne, causée par un corps étranger, introduisit la sonde stomacale. Celle-ci se heurta à un obstacle au niveau du cardia, obstacle qui fut vaincu sans grande difficulté. Lavage de l'estomac avec un quart de litre d'eau; le liquide revint teinté en rouge et chariant des caillots. Second lavage avec un demi-litre d'eau froide. Cette fois le liquide recueilli dans un vase fit entendre un son métallique. On trouva dans le vase un fragment de verre triangulaire, à arêtes coupantes, d'une longueur de 1 centimètre et d'une épaisseur de 2 millimètres. Ainsi s'expliquait l'hémorrhagie profuse qui avait surpris le malade. On fit plusieurs lavages successifs de l'estomac avec de l'eau froide, jusqu'à ce que le liquide revint parfaitement limpide. Prescription : injection de morphine; repos absolu; en fait d'aliments, du lait glacé. Le sujet s'est complètement rétabli; au bout de huit jours il se mit de nouveau à manger des aliments solides.

Heilbrunn en compulsant les recueils de la littérature médicale, n'a pas pu découvrir d'exemple autre d'un corps étranger ayant provoqué une hémorrhagie profuse par lésion de la muqueuse de l'estomac, et ramené au dehors à la suite du lavage de l'estomac.

VII. — Dans le cours de sa pratique médicale, von Dittel a eu à intervenir une trentaine de fois pour l'extraction de corps étrangers dans la vessie : fragments de sonde, morceaux d'instruments divers ayant servi de sondes improvisées, épingles à cheveux, bout de porte-cigare en écume de mer, chez des femmes; morceau d'os à la suite d'une fracture du bassin. L'auteur est entré dans quelques détails concernant l'intervention opératoire.

Quand, chez une femme, la dilatation de l'urèthre nécessitée par les manœuvres d'extraction, aboutit à une déchirure du canal, von Dittel a adopté comme règle de conduite d'inciser ce conduit du côté du vagin, sauf à refermer ensuite la plaie avec des fils de soie; en procédant de la sorte, on poursuit la réunion par première intention et on vient plus rapidement à bout de l'incontinence.

Quand des corps étrangers s'enclavent dans l'urèthre, chez un homme, on ne réussit pas toujours à les refouler jusque dans la vessie. Si le corps étranger se trouve encore dans la portion caverneuse, von Dittel procède de la façon suivante. Tout d'abord, il fixe le corps étranger en place, en le traversant avec une épingle à piquer des insectes, qui traverse la paroi inférieure de l'urèthre. Le corps étranger est ensuite saisi par des pinces spéciales, imaginées par l'auteur.

Lorsque le corps étranger est dans la vessie et qu'il est devenu friable, il arrive assez souvent qu'on ne puisse le ramener que par petits fragments. En pareils cas, il peut y avoir avantage à pratiquer la taille médiane. Si, un fragment de sonde, logé dans la vessie, est devenu le point de départ de la formation d'un calcul, et s'il n'existe pas de complication (cystite, hypertrophie de la prostate, rétrécissement) on pourra faire des tentatives de litholapaxie. Quand il existe une des complications sus dites, il ne reste plus qu'à se décider entre la taille hypogastrique et la taille médiane. Cette dernière est préférable, quand le corps étranger est représenté par un fragment de sonde anglaise un peu long, car les incrustations un peu molles s'arrêtent habituellement au col de la vessie, et n'apportent aucun obstacle à l'extraction. La taille hypogastrique n'est réellement indiquée que lorsque le corps étranger est entouré d'incrustations volumineuses, et qu'il existe une hypertrophie considérable de la prostate.

Quand le corps étranger est représenté par un instrument en métal, la conduite à tenir dépend des circonstances. Lorsque par le cathétérisme et la cystoscopie on aura pu se renseigner sur la position du corps étranger, on pratiquera la taille médiane ou la taille hypogastrique, suivant que le corps étranger occupe une position parallèle à l'axe longitudinal de la vessie ou une position transversale.

Un fait très intéressant, relaté par l'auteur, concerne un sujet chez lequel la cystoscopie fit reconnaître la présence d'un fil en forme d'anse, provenant d'une laparotomie. Il fut possible d'introduire à côté du cystoscope un autre instrument plus grêle, avec lequel le fil fut saisi et extrait sous le contrôle de la vue.

VIII. — Bazy relate quatre exemples curieux de corps étrangers de la vessie, qui avaient pénétré dans la vessie à la suite de manœuvres d'onanisme. Trois de ces faits concernent des femmes; les corps étrangers qui ont pu être extraits par l'urèthre étaient représentés par un manche de crochet à dentelles dans un cas, un crayon et une pelotte de fil de lin dans les deux autres cas.

Le quatrième cas concerne une homme de 50 ans qui s'était introduit dans l'urèthre un pénis de porc long de 30 centimètres, dans le but de calmer les douleurs qu'il ressentait en urinant. L'objet lui échappa des mains et alla s'égarer dans la vessie; extraction avec une pince semblable à un lithotripteur.

XI. — Une femme de 45 ans éprouvait des douleurs dans la région de la vulve; à ce niveau elle sentait un corps arrondi qui faisait saillie au dehors; il s'agissait sans doute d'un prolapsus utérin. Sur les conseils d'une matrone, elle s'introduisit dans le vagin une pelote de fil, de la grosseur d'un petit poing, et préalablement trempé dans de l'eau chaude. A partir de là elle se trouva débarrassée de ses souffrances, et pendant trente années elle conserva le corps étranger dans le vagin, sans aucune incommodité. Un jour, à la suite de grandes fatigues, cette femme qui avait alors 75 ans, sentit le corps étranger se déplacer et elle ne put le ramener en bonne position. On procéda à son extraction, ce qui n'eut pas lieu sans difficulté; c'était une masse piriforme, d'un brun jaunâtre, couvert de mucus, mesurant 18 centimètres de pourtour au niveau de sa moindre épaisseur.

X. — Une femme qui se trouvait au troisième mois d'une grossesse, s'était introduit dans l'utérus une épingle à cheveux avec l'espoir de se faire avorter. Il lui fut impossible de retirer l'épingle. Dans la nuit qui suivit elle avorta. Douze jours

plus tard elle se plaignit de légères douleurs de ventre, dans la région vésicale. La miction était douloureuse, les urines contenaient un peu de sang. On procéda à l'abaissement du col, et sans dilater le canal, on réussit à saisir le corps étranger au niveau de l'orifice interne et à l'extraire. Marche apyrétique.

Indications Bibliographiques.

I. — Goerne. — Sur un cas de proctite consécutive à la présence d'un corps étranger dans le rectum. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1891, n° 2, p. 34.)

II. — Bezold. — Sur l'extraction par voie opératoire des corps étrangers hors de la caisse du tympan, avec décortication des parties molles qui recouvrent la partie osseuse du conduit auditif, etc. (*Ibidem*, n° 36, p. 883.)

III. — Zaufal. — Traitement opératoire des corps étrangers de la caisse du tympan. Importance de l'examen ophthalmoscopique. (*Prager medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 15.)

IV. — J. Gruber. — Extraction par voie opératoire d'un corps étranger de la caisse du tympan. (*Monatsschrift für Ohrenheilkunde*, 1891, n° 5.)

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'anatomie humaine. — Par L. Testut, professeur à la Faculté de médecine de Lyon. — Tome II, 2e fascicule : *Névrologie*.

L'éminent anatomiste de Lyon, M. Testut, continue la publication de son grand traité d'anatomie humaine par un fascicule de près de 900 pages consacré entièrement à la *névrologie*.

Comme nous l'avons déjà fait remarquer, M. Testut suit dignement la tradition des anatomistes français qui se sont attachés dans leurs descriptions minutieuses à apporter une méthode et une clarté qu'il paraît difficile de dépasser. — Mais outre ces qualités générales dans l'exposition qui rendent intéressante et même attrayante la lecture et l'étude d'une science technique, nous tenons à signaler les efforts heureux faits par l'auteur pour introduire dans la névrologie classique les travaux et les découvertes modernes.

Si l'étude des nerfs périphériques et craniens, de même que celle de l'ostéologie, de la myologie, etc., a atteint depuis assez longtemps son point culminant, il n'en est pas ainsi de l'état des centres nerveux : cerveau, bulbe et moelle.

La structure de ces organes si complexes ne pouvait être élucidée par l'emploi du scalpel seul. La décomposition du cerveau, du bulbe, de la moelle en parties organiques plus simples, ayant des fonctions bien déterminées, exigeait d'autres moyens d'investigation. L'emploi du microscope, avec toutes ces ressources, entre les mains d'observateurs habiles tels que M. Mathias Duval a permis de préciser la topographie des noyaux d'origine des nerfs craniens, l'entrecroisement des cordons sensitifs, etc. ; MM. Durch et Heubner, par de bonnes injections intravasculaires, ont fixé ce mode de distribution des vaisseaux artériels et leurs territoires respectifs. Enfin l'illustre médecin de la Salpêtrière, M. Charcot et toute la pléiade de ses élèves distingués ont contribué plus que personne à éclairer la topographie des centres moteurs du cerveau et la fasciculation compliquée de la moelle.

Ces derniers savants se sont servis des observations nécroscopiques comme de véritables expérimentations et sont arrivés, par ce moyen détourné, à des résultats positifs que ne pouvaient donner ni l'examen à l'œil nu, ni l'examen microscopique.

Nous ne saurions trop louer M. Testut d'avoir largement pensé dans ces beaux travaux qui ont fait faire un névrologie un grand pas en avant et d'avoir vulgarisé tous les progrès réalisés.

Les figures polychrômes intercalées dans le texte constituent une très utile innovation. Pour distinguer des parties organiques, qui ont surtout une individualité physiologique, il était indispensable de recourir à cet artifice logique qui, en même temps qu'il frappe les yeux, laisse dans l'esprit une empreinte durable.

Quelle meilleure préparation à l'étude de la pathologie nerveuse aujourd'hui si avancée, que la lecture de la névrologie de M. Testut.

L'anatomie humaine, est, il est vrai, une science bien distincte, mais il ne faut pas oublier que pour l'étudiant et le médecin, elle est la base fondamentale des autres sciences médicales, qu'elle est étroitement liée à l'anatomie pathologique et que ses applications pratiques sont innombrables. C'est ce que M. Testut a bien compris en donnant droit de cité dans la névrologie classique à des découvertes que ses devanciers avaient un peu trop laissées dans l'ombre.

MM. Ferré et Vialleton, dans leurs descriptions embryologiques et histologiques se sont montrés les dignes collaborateurs de M. Testut.

Nous adressons également toutes nos félicitations à l'aimable éditeur de ce bel ouvrage, M. Gustave Doin. Nous savons au prix de quels soins et même de quels sacrifices M. Doin poursuit l'édition du nouveau Traité d'anatomie humaine.

G. Variot.

Du traitement de l'ongle incarné, par J. Amiard. (Th. Paris, 1889.)

On peut diviser en deux catégories les moyens employés dans le traitement de l'ongle incarné, suivant qu'ils améliorent passagèrement ou qu'ils guérissent définitivement l'affection. Les premiers s'adressent soit à l'ongle, soit aux fongosités et rappellent la pratique de Paul d'Egine, d'Abulcasis, de Dionis, de Desault, de Boyer; les seconds ayant pour but de s'opposer à la repousse de la portion de l'organe malade sont plus particulièrement préconisés par MM. Quenu et Théophile Anger.

Il est enfin démontré que la matrice de l'ongle réside bien et uniquement dans la partie du derme unguéal situé derrière l'arc antérieur de la lunule et qu'il suffit d'enlever cette dernière en totalité ou en partie pour éviter la reproduction de l'onyxis.

Le procédé de M. Quenu, indiqué surtout dans les cas de lésions bilatérales, consiste à disséquer tout le derme de la lunule et de la gouttière rétro-unguéale, puis les téguments de la face dorsale de la phalangette. Quant à celui de M. Théophile Anger, recommandé par M. Amiard, il comporte la taille d'un lambeau latéral à la portion incarnée, l'ablation de toute la partie malade comprenant les fongosités, l'ongle et la portion de la matrice et la réapplication du lambeau.

La moyenne du séjour à l'hôpital de 121 malades traités par ce dernier procédé, et dont les observations sont rapportées par l'auteur, a été de dix-sept jours, de treize jours même si l'on veut laisser de côté les opérés dont la peau s'est guérie par deuxième intention.

Des abcès chauds; pathogénie et traitement antiseptique, par R. Garnier. (Th. Paris, 1890.)

L'expérimentation a prouvé que si la suppuration est microbienne dans la majeure partie des cas elle peut aussi être absolument aseptique, provoquée qu'elle est par la seule action qu'exercent sur les tissus certaines substances chimiques irritantes. Dans le premier cas le foyer purulent tend à s'accroître en raison de la dépression de l'organisme récepteur et du peu de résistance que ce dernier oppose au développement des microcoques; dans le second l'abcès est bien localisé sans nulle tendance à infecter les tissus voisins. En un mot la suppuration aiguë doit être considérée comme l'effet d'une réaction de l'organisme contre certaines substances, que celles-ci soient de nature purement chimique ou qu'elles dérivent de l'être vivant lui-même.

En tous cas un abcès chaud, microbien ou non, devra être traité par la méthode antiseptique, car, s'il ne contient pas de germes avant son ouverture, il est toujours susceptible d'être secondairement envahi par eux. Une incision large, pratiquée le plus tôt possible, permettra l'évacuation du pus et rendra facile le lavage du foyer qui sera fait avec une solution antiseptique forte de préférence. Il ne reste plus qu'à drainer et à appliquer un pansement pur de tout germe, large, bien fermé et bien assujetti, qu'on renouvellera rarement.

Etude sur l'hématurie d'Égypte causée par la bilharzia hœmatobia, par Mohammed Chaker. (Th. Paris, 1890.)

C'est en 1851 que Bilharz, professeur à l'école de médecine du Caire, découvrit dans la veine porte d'un malade mort à l'hôpital de Kasr-el-aïn, le parasite auquel depuis on a donné son nom: c'est un hématozoaire appartenant à la classe des trématodés, à la famille des distomidés, dans lequel il forme un groupe remarquable.

Les deux sexes sont séparés, mais cette diœcie si caractéristique se trouve compensée et neutralisée, pour ainsi dire, par ce fait que la femelle est presque continuellement accolée au mâle et contenue dans son canal gynécophore. Fécondée, elle produit une quantité énorme d'œufs ovales, effilés en pointe à une de leurs extrémités, à surface lisse, sans trace d'opercule, qui par leur présence dans les différents organes engendrent la plupart des symptômes dont se plaignent les malades.

Quelle que soit la forme sous laquelle pénètre chez l'homme l'embryon de la bilharzie, c'est dans la veine porte et ses affluents, veines spléniques et mésaraïques, que se trouve surtout le ver à l'état adulte. A l'autopsie, il faut avoir soin d'enlever les veines incriminées entre deux ligatures et de répandre le sang contenu en couche mince sur une assiette pour apercevoir alors les paratises, la femelle semblable à un fil de soie blanchâtre, le mâle plus souvent enroulé sur lui-même au centre de petits grumeaux sanguins.

Dans les veines où elle séjourne, la bilharzie émet des œufs en quantité énorme qui, ne pouvant traverser les capillaires, s'arrêtent, s'accumulent, oblitèrent complètement la lumière du vaisseau dont ils finissent par rompre les parois. Ils peuvent ainsi tomber dans une cavité naturelle ou rester infiltrés dans l'épaisseur des organes donnant lieu aux lésions si caractéristiques de la maladie.

Les symptômes de l'infection bilharzique varient suivant les régions atteintes; toutefois les voies urinaires et tout particulièrement la vessie, sont si souvent intéressées que l'affection se caractérise le plus souvent par l'hématurie et cela au point qu'on la désigne communément sous le nom d'hématurie d'Egypte.

Dès les débuts quelques gouttes de sang apparaissent à la fin de la miction, mais plus tard l'urine entièrement colorée devient albumineuse avec douleurs vives, ténesme vésical et rectal. En même temps le malade s'affaiblit, perd l'appétit et finit par mourir avec des phénomènes d'urémie ou d'infection purulente.

La seule cause vraie de l'hématurie d'Egypte, qu'on rencontre aussi en beaucoup d'autres points du continent africain, serait due à l'usage comme boisson d'eau non filtrée contenant les germes de la bilharzie.

Ch. Amat.

BULLETIN

L'intervention de plus en plus fréquente de la chirurgie dans les choses de la médecine, et l'importance croissante des thérapeutiques locales sont, parmi les faits qui distinguent notre époque, un de ceux qui caractérisent le mieux le mouvement scientifique actuel. Nulle part cette évolution, on pourrait dire cette révolution, ne s'affirme avec plus de netteté que dans le domaine de la gynécologie dont les différentes parties paraissent appelées ainsi à subir un remaniement complet. Pour s'en convaincre, il suffit de lire les comptes rendus périodiques de certaines Sociétés. Il ne se passe guère de semaine sans que l'on y trouve mention d'une nouvelle tentative opératoire dirigée contre une de ces affections abdominales qui étaient considérées autrefois comme relevant exclusivement de la thérapeutique médicale. C'est ainsi que nous avons pu mentionner ici, à différentes reprises, les résultats heureux obtenus par divers chirurgiens, au nombre desquels MM. Terrillon, Pozzi, Richelot, Bouilly, etc. Depuis, les faits se sont multipliés, qui établissent à l'évidence l'efficacité de cette intervention quand elle est dirigée par des mains compétentes, avec la garantie presque absolue que donne l'emploi bien compris des pratiques de l'antisepsie. Aussi on peut dire dès maintenant que l'ingérence des chirurgiens dans le domaine de la gynécologie est désormais cause gagnée, à la seule condition que cette ingérence soit renfermée dans de justes limites.

Il est vrai que ces limites sont fort élastiques et partant assez difficiles à préciser. En effet, si l'on s'en tient aux observations rapportées dernièrement devant la Société de chirurgie, on n'est pas médiocrement surpris de constater les remarquables effets que peut produire une simple laparotomie, pratiquée isolément et à l'exclusion de toute manœuvre additionnelle destinée à modifier l'état anatomique des parties que cette opération a généralement pour but de rendre accessibles au chirurgien. Les observations de M. Richelot sont spécialement intéressantes à ce point de vue, car elles montrent les bons effets de cette opération dans des cas d'altérations profondes (métrite, périmétrite, inflammations des annexes), que leur complexité même avait fait considérer comme au-dessus des ressources de l'art. Pourtant, l'intervention était restée incomplète, puisqu'elle s'était bornée à une simple laparotomie; néanmoins, l'amélioration fut marquée, surprenante même, équivalant presque à une guérison, voire à une guérison durable. Des résultats non moins remarquables ont été obtenus par MM. Reclus et Pozzi. Ce dernier chirurgien a même constaté plusieurs fois la disparition définitive d'une ascite chez des malades affectées de tumeurs intra-abdominales jugées inopérables et abandonnées comme telles: une simple laparotomie, suivie ou non du lavage de la cavité péri-

tonéale, avait suffi pour produire cette amélioration vraiment surprenante. M. Pozzi a même obtenu ce résultat un assez grand nombre de fois pour se croire autorisé à préconiser désormais l'ouverture de l'abdomen vis-à-vis de presque tous les cas d'ascite symptomatique, de préférence à la simple ponction, procédé plus médical, mais aussi plus imparfait, puisqu'il entraîne presque toujours la reproduction du liquide et la formation ultérieure d'adhérences fort gênantes pour une intervention éventuelle. On pourrait rapprocher de ces faits, qui appartiennent spécialement au chirurgien, celui de M. Debove, dans lequel ce savant professeur a constaté l'amélioration considérable d'une péritonite tuberculeuse, à la suite d'une laparotomie combinée avec le nettoyage antiseptique de la grande cavité séreuse. A l'étranger, principalement en Allemagne, on a rapporté aussi à plusieurs reprises des cas analogues.

En définitive, on peut conclure de tous ces faits que la laparotomie envisagée isolément constitue parfois un moyen réellement curatif, auquel les chirurgiens seront autorisés désormais à recourir dans des circonstances déterminées. Cette conclusion paraît avoir d'ailleurs toute la rigueur désirable et nul doute qu'elle n'ouvre de nouveaux horizons à la thérapeutique des affections abdominales. Mais si la constatation des résultats est facile, si elle fournit un argument de fait inattaquable, en revanche il sera peut-être moins aisé de s'entendre sur l'interprétation qui, dans l'espèce, fournirait matière à de nombreuses discussions. Pour expliquer l'amélioration produite par une opération qui n'a point touché aux lésions fondamentales, essentielles, doit-on se contenter, à l'exemple de M. Pozzi, d'invoquer la théorie de la révulsion? Ce serait, selon nous, se contenter de peu, attendu que l'idée d'irritation révulsive nous paraît trop vague pour donner satisfaction à l'esprit et pour lui fournir la solution du problème en cause. N'oublions pas d'ailleurs que l'idée de la révulsion, qui est presque aussi ancienne que la médecine, attend aujourd'hui encore une définition claire et précise. Pour notre part, nous préférerions de beaucoup l'explication proposée par M. Monod, qui tend à incriminer plutôt la rupture de certaines adhérences, sous l'influence des manœuvres nécessitées par l'ouverture de l'abdomen: cette rupture ayant pour effet de mettre fin aux tiraillements et à la compression et partant de faire cesser la cause des phénomènes douloureux antérieurs. Voilà certes une explication qui contente l'esprit, bien autrement que l'idée nuageuse de substitution. Mais peut-on étendre cette explication à tous les cas indistinctement? Ce serait aller un peu loin, et nous devons nous associer ici à la réserve de M. Monod, qui a eu soin de limiter ses conclusions à un petit nombre de faits dont il a été le temoin.

En particulier, on ne peut guère l'appliquer au cas d'ascite tuberculeuse rapporté par M. Debove, car dans ce cas, les adhérences ne jouaient qu'un rôle effacé, peut-être nul, ou tout au moins fort accessoire par rapport à celui des granulations qui représentaient la lésion fondamentale. Il semble que le lavage antiseptique du péritoine ait joué ici le rôle principal, encore bien que ce rôle ne soit pas facile à définir, attendu que l'on ne voit guère, au premier abord, comment la simple irrigation d'une membrane séreuse peut être capable de modifier à elle seule des altérations aussi profondes, aussi irrémédiables en apparence que celles de l'infection bacillaire. Pourtant cette explication, en dépit de ses lacunes et de sa valeur précaire, nous semble préférable à celle tirée de l'irritation substitutive, sur laquelle nous nous sommes expliqués tout à l'heure. Du reste, dans un pareil sujet, les théories importent moins que les faits et nous devons faire bon marché des premières pour mettre en relief les seconds, dont la portée est considérable, au point de vue de la pathologie et de la thérapentique générales. Il y a là incontestablement une voie nouvelle et un changement d'orientation propre à séduire l'esprit d'initiative et d'entreprise de la jeune génération chirurgicale qui compte déjà à son actif un si grand nombre de tentatives heureuses et de succès incontestés.

P. MESELIER.

NOTES ET INFORMATIONS

Association syndicale des médecins de la Seine. — Les médecins du département de la Seine viennent de fonder une Association analogue aux Associations fondées par les médecins étrangers et par les médecins de province, sous le nom d'Association syndicale professionnelle des médecins de la Seine. Elle a été autorisée par arrêté de M. le préfet de police en date du 17 juin 1891. Les syndicats des professions libérales n'étant pas encore reconnus par la loi, l'autorisation peut leur être accordée, mais seulement sur la demande d'un certain nombre de personnes des plus honorables. Ces syndicats datent même en France de plusieurs années, et ils étaient compris dans le Congrès des syndicats qui eut lieu en 1886.

Dès que l'autorisation fut accordée, une assemblée des membres signataires désigna le bureau définitif, et le président adressa au corps médical une circulaire qui, par suite de sa concision forcée, a prêté à quelques critiques erronées ou malintentionnées.

C'est ainsi qu'en parlant du repos du dimanche, nous n'avions aucune intention d'interdire aux médecins les visites de ce jour, mais seulement de procurer un repos souvent nécessaire, tout en donnant aux malades des facilités plus grandes de trouver un médecin les jours fériés. Ce résultat peut être obtenu par un groupe de confrères s'entendant pour qu'il y en eût toujours un de garde — si l'on me permet le mot —, ce qui n'implique pas que les autres ne puissent faire des visites.

On a dit aussi que les médecins de cette Association s'engageaient à ne faire de visites qu'aux malades payants. Nous sommes presque obligés de voir dans cette observation un intérêt personnel, car les vrais pauvres trouvent toujours un médecin, et voudrions-nous qu'ils soient privés de soins, qu'à Paris cela serait impossible avec les services organisés tels qu'ils sont. Disons même que le pauvre a intérêt à s'adresser aux médecins chargés de ces services, car il a les médicaments gratuitement. Notre désir c'est de ne pas voir les faux pauvres abuser de nous au détriment de ceux qui sont malheureux, et ne venez pas dire qu'ils ne sont pas nombreux. La préfecture de police a été obligée de faire payer à ceux qui le pouvaient les visites de nuit. Les faux pauvres attendaient 10 heures du soir pour demander un médecin au poste de police. Les catégories de faux pauvres sont innombrables, et ils occupent souvent des positions brillantes qu'ils cherchent à dissimuler, et s'ils sont découverts, du coup ils ne possèdent plus rien, c'est leur femme qui les entretient. Nous n'insisterons pas ici, nous ne voulons donner qu'un exemple.

Ce que cette association se propose, c'est d'amener les médecins à se réunir et à se fréquenter, et par suite à s'apprécier, nous pensons qu'ainsi cesseront ces tristes rivalites qui se voient trop souvent entre confrères voisins, et naissent toujours d'un malentendu. C'est aussi de leur permettre de discuter toutes les questions qui peuvent les intéresser, et qu'il serait trop long d'énumérer. C'est, mieux encore, de leur permettre d'assurer leur avenir et celui de leur famille.

Et en cela nous ne voulons point faire de concurrence aux sociétés déjà fondées et qui ont rendu de grands services : l'Association générale des médecins de France, l'Association des médecins de la Seine, le Concours médical, l'Association médicale mutuelle contre les maladies ; nous espérons au contraire leur apporter un aide précieux, tout en leur demandant l'appui confraternel que mérite notre jeune société.

Nous ne sommes pas une association de combat, nous sommes une association de concorde, nous ne formons pas un corps doctrinaire, nous demandons que chacun vienne discuter son opinion pour la faire prévaloir. Nous n'éliminons que l'homme taré, ce qui doit être bien rare dans le corps médical.

Si nous ne pouvons remédier à tous les maux, nous nous efforcerons à les soulager ; plus l'entreprise est difficile, plus il faut d'entente. Et pour cela il est nécessaire que certains de nos confrères veuillent mettre de côté leur timidité et sachent bien qu'ils ont tout intérêt à se réunir à nous pour résoudre les questions qui les intéressent.

Nous souhaitons que ceux qui n'ont plus besoin d'aide se souviennent de leurs débuts, et songent aux revers qui peuvent survenir, que ceux qui jouissent d'une situation privilégiée, comprennent que la fortune et les honneurs les obligent envers les moins heureux. Et nous espérons fermement que nous arriverons à former une association durable, les uns apportant leur bonne volonté, les autres leurs conseils et leur expérience.

Dr Launay,
Secrétaire général de l'Association syndicale des médecins de la Seine.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odeon, Paris.

Notre excellent confrère, le Dr Monin, vient de publier un nouveau livre, l'Hygiène des riches, appelé à un vif succès, et où les lecteurs trouveront de précieux conseils, les uns pour conserver leur santé, les autres pour se guérir des maladies qui naissent chaque jour plus nombreuses de notre civilisation raffinée. — Prix : 4 francs

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 30 AOUT AU 5 SEPTEMBRE 1891

Fièvre typhoïde, 5. — Variole, 1. — Rougeole, 7. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, croup, 15. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 190. — Autres tuberculoses, 32. — Tumeurs cancéreuses et autres, 50. — Méningite, 27. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 35. — Paralysie, 7. — Ramollissement cérébral, 2. — Maladies organiques du cœur, 47. — Bronchite aiguë et chronique, 39. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 38. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 110. — Fièvre et péritonite puerpérales, 2. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congenitale, 13. — Sénilité, 24. — Suicides et autres morts violentes, 22. — Autres causes de mort, 130. — Causes inconnues, 10. — Total 813.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE REDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

PATHOLOGIE MÉDICALE

DE LA FAUSSE MÉNINGITE TUBERCULEUSE DE NATURE HYSTÉRIQUE CHEZ LES ENFANTS (1)

Par M. A. Ollivier,
Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

En parcourant les monographies spéciales et les recueils périodiques, on rencontre un certain nombre d'observations de méningites tuberculeuses qui se seraient terminées par la guérison. On est un peu surpris en songeant à la nature de l'affection et à sa gravité intrinsèque, de voir que les malades ont pu traverser une partie de ses phases et survivre. Il y a des exemples authentiques de guérison de méningite tuberculeuse, c'est incontestable; je connais une personne chez laquelle ce diagnostic a été porté, il y a vingt ans, par des cliniciens de la plus grande valeur, qui a présenté les symptômes regardés comme pathognomoniques et qui vit encore, mais je me hâte d'ajouter, avec une intelligence médiocrement développée.

Je n'oserais pas affirmer pourtant que dans tous les faits, sans exception, donnés comme des exemples de méningite tuberculeuse, il n'y a pas eu d'erreurs commises. A côté de méningites tuberculeuses vraies, il y en a de fausses, c'est-à-dire des affections à complexus symptomatique, assez semblables à ceux qui caractérisent cette maladie, pour qu'on se méprenne sur leur provenance. Les accidents de dentition, les constipations opiniâtres, le tænia, les insolations, certaines lésions de la syphilis héréditaire tardive, des fièvres typhoïdes surtout, ont été pris plus d'une fois pour des méningites.

Je désire appeler l'attention sur une autre variété de fausse méningite dont on ne parle guère dans les livres classiques consacrés aux maladies des enfants et à laquelle il est bon, je crois, de songer lorsqu'on veut porter un diagnostic définitif.

Dans le cours de l'année 1884, on apporte dans mon service, à l'hôpital des Enfants-Malades, une fillette de 6 ans, souffrante, me dit-on, depuis huit ou dix jours; ses antécédents héréditaires étaient mauvais : son père avait succombé à une phthisie pulmonaire et elle était si maigre et si chétive qu'on échappait difficilement à l'idée qu'elle était elle-même tuberculeuse. Elle se plaignait surtout de maux de tête et de constipation.

Voici dans quel état nous la trouvons le jour qui suivit son entrée :

Elle est somnolente et répond d'un air maussade aux questions qu'on lui adresse; très vite impatientée, elle enfonce sa tête dans l'oreiller et nous tourne le dos.

Le lendemain, elle présente le décubitus en chien de fusil; puis, les jours suivants, nous constatons de la photophobie, de l'hyperesthésie cutanée, du grincement de dents, du mâchonnement, le ventre en bateau; le phénomène désigné sous le nom de raie méningitique est très manifeste; le pouls est lent et irrégulier; il survient de la mydriase, du nystagmus; la petite malade pousse des gémissements et des cris; elle a des mouvements convulsifs des membres, un délire surtout nocturne, et enfin tombe dans le coma.

Pour que le tableau clinique fût complet, il ne manquait que les paralysies. Ces diverses péripéties s'étaient produites en une douzaine de jours; il y avait donc lieu de supposer que la terminaison était prochaine et que la pauvre enfant ne sortirait pas du coma. On fit des applications de glace sur la tête, des frictions mercurielles, des injections sous-cutanées d'ergotine; on appliqua des vésicatoires sur la nuque et le cuir chevelu et on donna à l'intérieur des purgatifs répétés et de l'iodure de potassium à doses élevées.

La médication, comme on le voit, fut énergique, mais j'avoue que je n'en attendais pas de bien merveilleux résultats. Mes craintes ne se réalisèrent pas heureusement; l'état général s'améliora graduellement et les symptômes disparurent l'un après l'autre; au bout de six semaines l'enfant put partir à la campagne.

J'avais toujours considéré ce cas comme un exemple indiscutable de méningite tuberculeuse guérie. Les antécédents, le tableau clinique, l'évolution même des symptômes dans les premières phases de la maladie s'accordaient parfaitement avec cette hypothèse.

Je restai sept ans sans entendre parler de cette fillette; je l'ai revue seulement au mois de juin dernier, époque où elle me fut amenée de nouveau par sa mère.

Elle se trouvait à ce moment dans les conditions suivantes : la menstruation n'est pas encore établie; restée constamment à la campagne, elle a pris des forces et elle présente aujourd'hui une santé parfaite; cependant elle a toujours été nerveuse; plus elle a grandi, plus elle l'est devenue; un blâme, une contrariété, une interpellation sur un ton un peu brusque suffisent pour la faire fondre en larmes; elle rit avec la même facilité pour la cause la plus futile; à la suite de fatigues ou d'un léger malaise, le sommeil est agité de cauchemars, par-

(1) Congrès de Marseille, 17 sept. 1891.

fois elle a des terreurs nocturnes et des grincements de dents.

De temps à autre, elle se plaint de névralgies intercostales et de rachialgies; le réflexe pharyngien est notablement diminué; l'intelligence est satisfaisante; le regard est d'une vivacité exceptionnelle, un véritable regard d'hystérique, si différent du regard morne et inquiet des épileptiques.

Evidemment l'enfant était une nerveuse, je crois même pouvoir affirmer, malgré les lacunes de cet ensemble symptomatique, que c'était une hystérique, à partir du moment où j'envisageai les choses à ce nouveau point de vue.

J'eus l'idée de faire un retour en arrière et de compléter, si c'était possible, les renseignements qui m'avaient été fournis par les commémoratifs de 1884. A cette époque, je n'avais guère insisté que sur l'hérédité tuberculeuse; cette notion m'avait semblé présenter une telle importance que je n'avais essayé d'en réunir d'autres. Déjà, avant sa maladie de cette année-là, l'enfant avait une émotivité extrême; elle grinçait souvent des dents pendant le sommeil et jusqu'à l'âge de 5 ans, elle avait eu de l'incontinence nocturne d'urine. Ajoutons que sa mère avait été elle-même dans son enfance prise plusieurs fois de convulsions dont on n'avait pu trouver la cause, et que le grand-père maternel était un alcoolique invétéré.

Ces renseignements n'excluent pas l'hypothèse de l'hystérie, ils la confirment. Nous sommes donc nécessairement amenés à nous demander si la maladie de 1884 était bien une phlegmasie tuberculeuse vraie des enveloppes encéphaliques et si ce n'était point plutôt une manifestation hystérique à forme méningitique.

Le professeur Charcot et ses élèves ont montré que l'enfance n'est nullement, comme on le croyait autrefois, indemne de l'hystérie. Depuis huit ans que je suis aux Enfants-Malades, j'en ai vu des cas nombreux se présentant sous des formes insidieuses, bizarres et bien propres à induire en erreur, si l'on ne tient pas suffisamment compte du caractère protéique et fugace de beaucoup de symptômes de la maladie.

L'émotivité extrême, les cauchemars, les réveils en sursaut, les terreurs nocturnes, le grincement de dents pendant le sommeil, l'urticaire, l'anesthésie, l'incontinence d'urine voilà ce qu'on rencontre dans bien des cas (1) et nous avions presque tout cela chez notre petite malade; je ne crois donc pas, je le répète, m'avancer beaucoup en déclarant que c'était une hystérique et que, selon toute probabilité, l'affection qu'elle avait eue vers l'âge de 10 ans, et qui avait guéri, était une fausse méningite.

Un fait présentant beaucoup d'analogie avec le mien a été publié par Seeligmüller (2); seulement cette fois il ne s'agissait plus des enveloppes de l'encéphale, mais de celles de la moelle. L'auteur a donné son observation comme un cas de méningite spinale chronique. Un médecin distingué d'enfants, Mme M. Putnam Jacobi, de New-York (3), après avoir analysé soigneusement les particularités du cas, estime qu'il s'agit là d'une fausse méningite spinale de nature hystérique. Je partage complètement son opinion. « Il s'agit dans l'espèce, dit-elle, d'une jeune fille de 12 ans, blonde, anémique, délicate, irritable et égoïste *à un tel point que sa maladie me semble avoir été causée par un accès de jalousie contre sa sœur qui avait été en traîneau à sa place* (1). Le début de la maladie fut marqué par des vomissements, une fièvre légère, un état saburral de la langue, de la constipation et des douleurs siégeant à l'épigastre, dans le dos et aux extrémités. *Il survint des vomissements abondants qui durèrent une quinzaine de jours*, puis disparurent; mais à la suite d'écart de régime, ils reprirent de nouveau et *se manifestèrent presque sans interruption pendant neuf semaines*. En même temps on observait des contractions cloniques dans les muscles des bras, des cuisses et du dos. Vers la neuvième semaine, ces contractions qui provoquaient de la douleur, étaient suffisamment fréquentes pour *paraître choréiques*.

Dans la troisième semaine des symptômes paralytiques se manifestèrent au cou et au tronc, de telle sorte que la malade ne pouvait ni soulever sa tête ni se mettre sur son séant. Vers la septième semaine, la paralysie frappa les extrémités inférieures qui devinrent rigides; quant aux supérieures elles furent moins éprouvées. Hyperesthésie de la colonne vertébrale (sensibilité spinale). *Ce signe manque à la peau et aux muscles. Analgésie complète à la piqûre d'épingle* (aucune localisation n'est indiquée). Constipation opiniâtre, légère incontinence d'urine.

La malade fut examinée, vers le quatrième mois, par Seeligmüller, elle était alors sans force, portée comme une poupée sur les bras d'un serviteur; elle était incapable de relever la tête et avait les extrémités inférieures absolument flasques, sauf pour les orteils, tout mouvement volontaire était impossible. Pieds légèrement équins. *On ne constatait cependant ni émaciation ni contracture et la réaction électrique était à peine diminuée*. Par contre les réflexes patellaires et plantaires étaient abolis.

Le traitement consista dans l'emploi de l'électricité, de l'hydrothérapie et des fortifiants; il fut suivi pendant dix semaines et n'amena qu'une légère amélioration. On se procura alors un solide appareil pour soutenir la malade, elle put s'en servir le jour même où on l'apporta quoique, jusqu'à ce moment, elle n'eût pas fait le moindre exercice. Six semaines plus tard, l'amélioration était très grande, et, en décembre, la guérison était complète. »

La très grande émotivité, les vomissements, les mouvements d'apparence choréique, l'hyperesthésie rachidienne, la conservation de la contractilité électrique, l'absence d'atrophie et de contracture, la facilité avec laquelle la malade se servit d'un appareil d'une application assez difficile, voilà des particularités qui conviennent à l'hystérie.

Je conclus donc :

Avant de déclarer que chez l'enfant — aussi bien que chez l'adulte — une affection grave, guérie, du cerveau ou de la moelle, à forme méningitique, était une méningite tuberculeuse, il est indispensable d'éliminer les fausses méningites de toute nature, celle de l'hystérie en particulier, dont il n'a pas été suffisamment question jusqu'ici, et qui prête avec une facilité extrême à la confusion.

(1) A. Ollivier. *Leçons cliniques sur les maladies des Enfants*. Paris, 1879, p. 189 et suivantes.
Burnet. *Contribution à l'étude de l'hystérie infantile des enfants au-dessous de 5 ans*. Paris, Th. de doct., 1891.

(2) *Lahmung nach spinal meningitis (Arch. für Kinderheilkunde*, 1880, Bd I, § 133.

(3) Article MYELITIS, SPINAL MENINGITIS, etc... de la *Cyclopedia of the diseases of children medical and surgical*. Edinburgh and London, 1890.

(1) Mme Mary Putnam Jacobi a souligné dans tout son texte les passages de l'observation qui plaident en faveur de l'hystérie. J'ai fait la même chose dans la traduction que je donne de ce texte.

CHIRURGIE PRATIQUE

ÉTUDE ET CRITIQUE EXPÉRIMENTALES DE LA TRACTION PAR LES POIDS DANS LE TRAITEMENT DES FRACTURES DU CORPS DU FÉMUR PAR L'EXTENSION DANS LA RECTITUDE.

Par le Dr PAUL THIÉRY,
Prosecteur de la Faculté.

(Suite et fin) (1).

EXPÉRIENCE XXXV. — 1° La jambe est nue : le moignon de la cuisse est soulevé par une cordelette fixée aux montants latéraux du lit; une autre cordelette soulève également la jambe de telle sorte que tout l'appareil, cordelette de traction, jambe, cuisse, dynamomètres et poulie se trouvent à peu de chose près sur le même plan horizontal : les cordelettes qui servent à la suspension du membre oscillent assez facilement sinon librement.

La traction originelle étant de

10 kil. 5	le dyn. plantaire marque	8 kil.	le dyn. crur.	2 kil.	
12 kil. 5	—	10 kil.	—	3 kil. 1/2	
17 kil. 5	—	13 kil.	—	8 kil.	
22 kil. 5	—	17 kil.	—	12 kil.	
25 kil. 5	—	20 kil.	—	15 kil.	
27 kil. 5	—	21 kil.	—	15 kil.	

On pourrait s'étonner qu'avec l'emploi d'un appareil à suspension on n'ait pas obtenu un meilleur résultat : le dispositif peut, nous semble-il, être incriminé, les cordelettes ayant été fixées sur les parties latérales du lit ne pouvant suivre la jambe qui obéit à la traction sans se tendre fortement et ayant alors une tendance à ramener le membre en arrière; le point de suspension de l'appareil doit donc être placé soit perpendiculairement au-dessus de la partie moyenne du segment inférieur du membre, soit même au-delà du milieu, plus rapproché du pied du lit.

EXPÉRIENCE XXXVI. — Il est donc bien préférable d'adopter le dispositif suivant : le membre est enveloppé dans un appareil de Scultet; quatre ficelles sont nouées aux lacs de l'appareil et suspendent le membre à une barre placée transversalement sur le couronnement du lit, exactement au-dessus de la partie moyenne du segment inférieur du membre.

On a alors un appareil oscillant sensible, capable de se déplacer en avant ou en arrière à la moindre sollicitation. On obtient alors les chiffres suivants :

La traction originelle étant de

7 kil. 5	le dyn plantaire marque	5 kil.	le dyn. crur.	2 kil.
12 kil. 5	—	9 kil. 1/2	—	7 kil.
14 kil. 5	—	10 kil. 1/2	—	9 kil.
15 kil. 5	—	12 kil.	—	10
17 kil. 5	—	13 kil. 1/2	—	12 kil.
19 kil. 5	—	14 kil. 1/2	—	13 kil.
20 kil. 5	—	15 kil. 1/2	—	14 kil.
22 kil. 5	—	17 kil.	—	15 kil.
23 kil. 5	—	18 kil.	—	15 kil. 1/2
25 kil. 5	—	20 kil.	—	17 kil. 1/2
27 kil. 5	—	21 kil.	—	19 kil.

Chiffres bien plus favorables que les précédents et qui prouvent que dans ces conditions et à 2 kilogr. près la totalité de la traction dans l'axe se transmet intégralement.

On pourra aussi comparer ces chiffres à ceux de l'expérience XXXIV; ils leurs sont supérieurs et pourraient être encore améliorés en déplaçant le point de suspension vers le pied du lit, l'appareil suspenseur sollicitant alors le membre dans le sens même de la traction.

(1) Voir les nos 24, 25, 26, 28, 30, 32, 34 36 et 38.

Traction	Jambe sur draps de lit.		Jambe sur cordelotte.		Jambe sur la table non humide.		Jambe sur hamac.		Scultet reposant sur une table.		Suspension dans un Scultet.	
	Dynamo. plant.	Dynamo. crural.	Dynamo. plant.	Dynamo. crural.	Dynamo. plant.	Dynamo. crural.	Dynamo plant.	Dynamo. crural.	Dynamo. plant.	Dynamo. crural.	Dynamo. plant.	Dynamo. crural.
—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7 kil. 5	5	1	?	?	5	1/2	5	1 1/2	?	?	5	4
10 kil. 5	8	5	8	2	7 1/2	2	7 1/2	3	7	2	?	?
11 kil. 5	?	?	?	?	?	?	?	?	8	2 1/2	?	?
12 kil. 5	9 1/2	5	10	3 1/2	10	5	9 1/2	4	9 1/2	3	9 1/2	7
13 kil. 5	?	?	?	?	?	?	?	?	10	4	?	?
14 kil. 5	?	?	?	?	?	?	?	?	10 1/2	4	10 1/2	9
15 kil. 5	?	?	?	?	?	?	?	?	11	5 1/2	12	10
16 kil. 5	?	?	?	?	?	?	?	?	12 1/2	9	?	?
17 kil. 5	13 1/2	9	13	8	13 1/2	9	13 1/2	10	13 1/2	9 1/2	13 1/2	12
19 kil. 5	?	?	?	?	15	13	?	?	?	?	14 1/2	13
20 kil. 5	?	?	?	?	?	?	15	12	?	?	15 1/2	14
22 kil. 5	16 1/2	13	17	12	17	15	17	13 1/2	?	?	17	15
23 kil. 5	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	18	15 1/2
25 kil. 5	20	14	20	15	20	16 ½ à 17	20 1/2	15	?	?	20 1/2	17 1/2
27 kil. 5	21	15	21	15	21	17 1/2	21	17	?	?	21	19

EXPÉRIENCE XXXVII. — Nous avons voulu tenter aussi de fixer ce que l'on était en droit d'attendre de la continuité de la traction. C'est seulement ici qu'est fondé le reproche de vouloir transporter de l'amphithéâtre au lit du malade le résultat de nos expériences sur le cadavre, la correction du chevauchement que l'on peut obtenir avec une traction quelconque s'obtient d'emblée pour ainsi dire; en tout cas on ne peut espérer de la traction continue sur le cadavre les mêmes résultats que sur le vivant si on admet que chez celui-ci les membres se laissent constamment étirer sans réagir par intervalles, ce qui fait admettre que toute modification se fait dans le sens du profit.

Voici le résultat d'une de nos expériences.

Nous produisons sur un sujet vigoureux, une fracture de cuisse à la partie moyenne : fracture en bec de flûte sans embrochement des parties molles : très facile à réduire. Nous produisons un chevauchement de 22 millim. Le membre reposant sur un lit nous appliquons une traction de 10 kilogr. qui donne une réduction d'emblée de 14 millim.. La traction est laissée en place vingt-quatre heures nous constatons alors sur la veille un progrès de 2 millim. 1/2.

6° APPLICATIONS PRATIQUES QUI RÉSULTENT DE CETTE ÉTUDE. — DES MOYENS DE DIMINUER LES CAUSES DE RÉSISTANCE. — APPAREILS A SUSPENSION.

Il résulte donc des expériences précédentes que le frottement doit être incriminé dans une notable proportion qui

dans nos résultats se trouve confondue avec la perte qui provient du poids du membre mais qui est évidemment d'autant plus considérable que le membre repose sur un lit par une plus large surface (Scultet) ou qu'il est en contact plus intime avec les draps qui peuvent comme s'enrouler sur lui, sans parler encore du talon qui peut buter (hamac FIXE) ; la perfection de l'appareil doit tendre à écarter ces causes d'erreur. Les mêmes considérations se retrouvent dans les expériences où nous avons détaché le segment du membre et où le poids et le frottement seuls font obstacle à la traction ; 5 kilogr. 500 suffisent à produire sur la jambe placée à nu sur une table de bois une progression de 35 millim. tandis que cette production n'est plus que de 22 et même de 5 mm. lorsque le glissement se fait sur des toiles. Si l'on enferme le membre dans un Scultet la même traction ne produit plus que 1 millim. de progression ! ! à cause du frottement (1) et de l'étendue des surfaces de contact en sorte que c'est précisément le Scultet avec extension qui réalise les plus mauvaises conditions de traction alors que c'est peut-être l'appareil qui donne en pratique, pour l'extension dans la rectitude, les meilleurs résultats.

Plus l'appareil est volumineux, plus il y a frottement : ce frottement peut même être double si le membre est couché dans une gouttière ; il y a alors : 1° frottement du membre sur la gouttière ; 2° frottement de la gouttière sur le lit, à moins que suivant le précepte que M. Hennequin applique dans ses tractions sur la cuisse en abduction et la jambe en flexion, on n'ait soin de garnir la gouttière d'oreilles qui lui servent de point d'appui sur le lit : cela immobilise alors l'appareil et le glissement se fait surtout entre la gouttière et le membre. Puisque nous avons parlé de cet appareil, disons que s'il produit du frottement il peut cependant être placé parmi les meilleurs procédés de contention des fragments si *la réduction a été préalablement assurée.* On nous pardonnera d'insister tant sur nombre de questions de détail ; insignifiant en apparence est ce frottement ; mais si nous traitons toutes ces fractions de perte d'insignifiantes nous n'en pourrons plus établir le total dont l'expérience démontre l'incontestable existence et les profits sembleront, quoique à tort, l'emporter ; on pourrait dire que les petites déperditions partielles réunies font les grands échecs.

Le principe qui découle de notre raisonnement et de nos expériences XXXV et XXXVI en particulier, c'est la suppression du frottement, c'est-à-dire le retour à l'appareil hyponarthécique ; « ils sont négligés pas presque tous les chirurgiens » dit notre maître et ami Ricard dans son excellent chapitre (2) des fractures du nouveau TRAITÉ DE PATHOLOGIE EXTERNE. C'est avec regret que nous les voyons négligés, car associés à l'extension continue, ils sauveraient peut-être celle-ci qui les a, bien à tort, fait abandonner.

Nous n'avons point l'intention d'étudier ni même d'énumérer les nombreux appareils à suspension qui ont été décrits depuis les travaux de Petit, Ravaton, Pasch, Bell, James Rae, Faust, Tobes qui avaient donné leur nom à des sortes de hamacs réservés d'ailleurs exclusivement au traitement des fractures de jambe, jusqu'aux appareils plus récents et plus perfectionnés, celui de Hodge par exemple. Nous renvoyons pour cette étude au traité si complet et si connu de Hamilton qui en figure un grand nombre et au traité de pathologie externe (p. 368), où M. Ricard expose le traitement des fractures.

(1) M. Hennequin dans son travail (*Revue de Chirurgie*, 1886), incrimine aussi le frottement du membre sur le lit.

(2) Page 396, *loc. ci*

D'une façon générale on peut les diviser en 3 classes :

1° Les appareils 1/2 mobiles comme les hamacs que nous venons de citer ;

2° Les appareils à suspension proprement dits comme ceux de Lœfler, Sauter, Salter, Smith et T. W. Simmon ;

3° Les appareils à glissement et à chariot tels que ceux de Sédillot, Dumreicher et Volkmann, volontiers employés à l'étranger et que nous avons vu utilisés par le professeur Le Fort ; tels encore ceux de Volkmann et Riedel.

Unis à la traction continue, non seulement ces appareils ne mériteraient pas d'être négligés mais devraient être d'un emploi habituel.

Si l'un deux pouvait répondre aux grands desiderata du traitement, coaptation, immobilisation, suspension, traction considérable *dans l'axe et dans le plan du membre*, il réaliserait le modèle de l'appareil à extension dans la rectitude dont M. Hennequin à déjà signalé les avantages.

En réalité il y a beaucoup à faire de côté, bien que l'adjonction à l'appareil à suspension du poids qui le lestent puisse lui donner de la stabilité, et que, comme nous allons le dire, la traction dans le plan du membre suspendu soit possible.

Faut-il faire remarquer que le chariot est évidemment un appareil mixte qui participe de la stabilité des appareils amovo-inamovibles et de la mobilité des appareils à suspension, mais qu'il perd toujours en mobilité ce qu'il y gagne en stabilité et que, tout compte fait, d'assez nombreux appareils fixes, modelés et plus ou moins inamovibles, ont donné, entre les mains de leurs auteurs, des résultats qui ne sont pas inférieurs à ceux que fournit l'extension continue qui peut d'ailleurs leur être adjointe, avec les réserves formelles que nous avons faites et comme simple agent d'immobilisation (1).

Il ne faut pas d'ailleurs que tout soit louange pour les appareils à suspension : parmi eux les plus mobiles sont les plus favorables à la traction, mais peut-être les plus défavorables à la contention de la fracture ; le principal reproche qu'on puisse leur faire c'est de reconnaître leur défaut de stabilité ; enfin ils sont peu propres aux méthodes d'extension du membre dans la demi-flexion qui semblent avoir du crédit auprès de la plupart des chirurgiens, car ils tendraient à produire la déviation angulaire ; à l'aide de quelque appareil bien fait, de quelque disposition nouvelle, on pourrait peut-être concilier leurs avantages considérables avec une diminution de leurs inconvénients : la question est encore trop jeune pour que nous abordions ce chapitre, mais en tout cas nous signalons dès maintenant l'avantage qu'on pourrait retirer de la très ingénieuse idée de M. Hennequin relativement à la disposition du matelas du lit (2) et de la gouttière du même auteur dont on pourrait faire à peu de frais un appareil à suspension.

7° INSUFFISANCE DES FAIBLES TRACTIONS ORDINAIREMENT EMPLOYÉES

Par la plupart des considérations qui découlent de notre travail nous sommes amenés à conclure : 1° que pour réduire la fracture, 2° que pour la maintenir réduite, c'est-à-dire que employée comme moyen de traction ou de contention et par suite

(1) C'est aussi l'opinion de Sarrazin.

(2) En consultant depuis le mémoire de l'auteur (*Revue de chirurgie*, 1885, p. 302) nous avons pu remarquer que M. Hennequin avait prévu ce dispositif ; mais nous ne saurions approuver ce qu'il dit relativement à la traction nécessaire.

« Traction exercée sur le pied, le segment mobile étant suspendu horizontalement ou porté par un chariot marchant sur des rails, ou sur un plan horizontal, résistances accidentelles supprimées ; poids de 2 à 3 *kilogr.*, résultat certain. » Cette traction de 2 à 3 kilogr., nous paraît tout à fait insuffisante.

de la déperdition croissante de la force de traction des poids vers le foyer de fracture, il faut employer des poids relativement considérables si l'on ne veut pas s'exposer à faire une traction illusoire et au moins inutile. Voilà ce que donne l'expérimentation.

Mais en pratique est-il possible de faire supporter à des malades sans réaction douloureuse et par suite sans réaction musculaire trop vive des poids élevés ? Nous n'avons pu momentanément en faire l'expérience; nous réservons pour plus tard cette étude. La réponse en ce qui concerne les poids de 20 et 30 kilogr. n'est pas douteuse, ils ne peuvent être supportés. Peut-on comme Crosby, porter couramment à 14 kilogr. le chiffre nominal de la traction ou faut-il se contenter des poids faibles usités, 4 et 6 kilogr ? Hamilton qui de 1 à 20 ans adopte comme traction autant de livres que d'années, représente l'opinion moyenne.

Nous serions bien tentés d'opérer dans le sens de Crosby (1) car nous savons qu'au point de vue purement *mécanique* qui intervient surtout dans la réduction de la fracture il faut bien se garder de confondre le chiffre nominal des poids avec la traction réelle exercée au foyer de fracture et que pour un adulte vigoureux cette traction de 14 kilogr. (maximum employé) ne représente en réalité qu'un effort de 5 à 6 kilogr. sur les deux fragments osseux en appareil ordinaire, et de 8 à 9 en appareil de suspension; mais encore cet effort de 5 à 6 kilogr., bien faible peut-être pour ce qu'on exige de lui, représente au point de vue du phénomène fonctionnel douleur, une force considérable : la meilleure preuve qu'un malade ne peut supporter un tel effort en traction rectiligne c'est qu'il lui est impossible, en dehors de toute autre mobilisation de la fracture de se tenir debout sur le membre sain, le poids du segment de membre fracturé faisant traction lui-même; or une belle cuisse d'adulte, jambe comprise, pèse, suivant le niveau de la section, de 4 à 5 kilogr. environ et encore la traction est-elle moindre que ce chiffre puisque la peau et les muscles jouent le rôle de ligaments par rapport à la disjonction nouvelle produite par la fracture.

En réalité il existe pour un même foyer de fracture deux procédés pour révéler la douleur à distance; c'est le refoulement des fragments l'un contre l'autre, et *leur écartement* qui est mis en jeu dans la traction et qui ne le cède en rien au premier; donc une *traction active devient nécessairement douloureuse* au moins jusqu'à formation du cal (2).

C'est ce qui fait que les appareils à extension à vis dits appareils de Le Fort, appareil américain, etc., qui sont d'excellents appareils au points de vue de la transmission de la traction, sont, au dire du professeur Le Fort lui-même que nous avons interrogé à cet égard, difficilement supportés si l'on veut établir une traction tant soit peu énergique.

(1) Aujourd'hui même nous avons observé un beau résultat de traitement de fracture de cuisse au 1/3 supérieur par l'extension continue. C'est celui du Dr A. V. M. de Santiago qui à la suite d'une chute de cheval pendant la guerre du Pacifique se brisa le fémur; il guérit avec 1 centimètre 1/2 de raccourcissement. Sur ses indications on avait appliqué la traction énergique de 15 kilogr., il affirme qu'elle ne fut pas très douloureuse.

(2) C'est encore ce que dit Sarrazin dont nous avons pu depuis consulter l'article *Appareils* du dictionnaire. « Il est démontré pour nous que les tractions continues *tolérées par les malades* sont contrebalancées par le poids du membre, du pansement, par la pression et le frottement. » « Les appareils à extension suffisent lorsqu'on peut les employer à vaincre la contraction des muscles, mais nous leur refusons la propriété de balancer l'élasticité musculaire. Les malades refusent de les supporter lorsque les tractions qu'ils exercent sont efficaces et incessantes, mais nous reconnaissons beaucoup d'entre eux comme d'excellents *moyens de fixité* dans le traitement des fractures. »

Le phénomène douleur et les conséquences qui en découlent, contractions, etc., est donc un obstacle contre lequel vient échouer le désir de lutter contre l'insuffisance de la traction par les poids ordinaires; disons cependant que nous essaierons volontiers l'application sur le malade d'une traction minimum notablement supérieure à la moyenne adoptée.

8° CONCLUSIONS.

Nous ne nous étendrons pas beaucoup sur les conclusions de ce travail : elles peuvent se résumer ainsi :

A. — 1° *Les résultats de l'expérience sur le cadavre sont en partie applicables, au malade; la force effective de la traction nécessaire sur le vivant doit être plus considérable que sur le cadavre;*

2° *Il faut une traction considérable soit pour réduire une fracture avec chevauchement soit pour en écarter les fragments;*

3° *Il faut une force relativement moins considérable pour maintenir la coaptation des fragments, la fracture ayant été préalablement réduite; par suite l'extension agit bien plus comme agent de fixation que comme agent de traction.*

B. — 4° Les principales causes mécaniques qui diminuent les effets de la traction chez le vivant et sur le cadavre sont : a. *la réflexion de la corde sur la poulie*, b. *le poids du membre*, c. *les frottements sur les draps*, d. *les difficultés de la contre-extension.*

C. — En pratique : 5° *Il est impossible de faire supporter aux malades l'effort de traction nécessaire à la réduction d'une fracture : cette manœuvre devra donc* toujours *et sans aucune exception précéder l'application de l'appareil quel qu'il soit.*

6° *Un bon appareil contentif peut suffire en dehors de toute traction* (1).

6° *Celle-ci peut aider à la contention mais à la condition qu'elle soit exercée par des poids suffisants et en tout cas par le maximum que peut tolérer le malade.*

8° *La traction est favorisée par l'emploi des appareils hyponarthéciques combiné à l'évidement du matelas tel que le préconise M. Hennequin afin d'éviter l'élévation du membre qui pourrait produire la déviation angulaire.*

CHIMIE APPLIQUÉE A LA THÉRAPEUTIQUE

LA BALNÉATION CHLORURÉE-SODIQUE, SES EFFETS SUR LA NUTRITION, SES NOUVELLES INDICATIONS

Par M. ALBERT ROBIN
Membre de l'Académie de médecine.

(*Suite*) (2).

VI

2° ACTION PHYSIOLOGIQUE DU BAIN DEMI-SEL

Cette action est plus profonde et plus complète que celle du bain au quart, ce que l'on pouvait légitimement supposer d'avance; mais tout ne se borne pas à une simple exagération des effets produits par le bain au quart, et des différences sensibles séparent les modifications nutritives engendrées par ces bains de concentration différente. Aussi l'action physiologique

(1) Nous croyons que l'appareil contentif et nécessairement compressif peut-être le Scultet ou les plâtres : la difficulté de leur application exacte est leur seul défaut.

(2) Voir les numéros 37 et 38.

du bain demi-sel ne peut-elle être comparée avec celle du bain au quart.

Le bain demi-sel augmente d'un quart la quantité d'urine ; il accroît donc sensiblement la tension artérielle ou l'activité sécrétoire des reins.

Il augmente les échanges généraux de l'organisme, mais cette augmentation porte davantage sur les échanges organiques (8,2 p. 100) que sur les échanges salins (6,5 p. 100). L'élévation des échanges organiques porte essentiellement sur les matières albuminoïdes, puisque l'azote total éliminé croît de 12,2 p. 100. Les matières albuminoïdes subissent, en bloc, une évolution satisfaisante, puisque le coefficient d'oxydation azotée croît légèrement (0,9 p. 100) ; cependant, les matières extractives azotées subissent une très minime augmentation de 1,6 p. 100.

Mais ce qu'il y a de plus caractéristique dans l'effet du bain demi-sel, c'est l'augmentation considérable qu'il provoque dans l'excrétion de l'acide urique, puisque celui-ci a monté de 0,945 à 1.304, soit de 38,7 p. 100 kil. de poids. On pourrait se demander si cette élévation du chiffre de l'acide urique ne provient pas de la décharge d'acide urique préformé; en d'autres termes, si le bain au quart n'augmenterait pas plutôt l'excrétion que la formation de l'acide urique. Un rapide examen du tableau n° 1 permet de résoudre facilement cette question. En effet, s'il s'agissait d'une décharge d'acide urique préformé, le chiffre de celui-ci s'abaisserait aussitôt après la décharge; or, il n'en est rien, puisque l'on remarque au contraire que, sauf pour la période des bains demi-sel, l'acide urique se maintient à un chiffre sensiblement stationnaire. Il est donc permis de conclure que le bain demi-sel augmente la proportion de l'acide urique. Et comme j'ai tout lieu de croire, d'après des recherches depuis longtemps poursuivies, que l'acide urique est un produit de la désassimilation des tissus collagènes, conjonctifs et fibreux, on voit de suite quelle importante conclusion découle de cette constatation.

Les chlorures se maintiennent au chiffre précédent. Le bain au quart et le bain demi-sel exercent donc une action semblable sur l'échange de ces sels.

Il est encore un point important à signaler dans les effets du bain demi-sel. On voit par le tableau n° 2 que ce bain augmente l'acide phosphorique total de 8,8 p. 100, mais qu'il diminue de 2,3 p. 100 le rapport de l'acide phosphorique à l'azote total. Ce résultat doit être interprété de la manière suivante : l'acide phosphorique augmente parce que la nutrition totale est accrue par le bain demi-sel, mais si le rapport de l'acide phosphorique à l'azote total diminue, cela provient de ce que les tissus riches en azote et en phosphore (centres nerveux, globules rouges), ou simplement riches en phosphore (système osseux), subissent une destruction moins active que les tissus azotés ordinaires.

Par conséquent :

1° Le bain demi-sel augmente de 12,2 p. 100 les échanges azotés de l'organisme et active de 0,9 p. 100 l'oxydation des déchets azotés de la désassimilation. Mais la désassimilation azotée totale croît plus que l'oxygène absorbé, puisque malgré l'augmentation du coefficient d'oxydation, les matières extractives azotées augmentent de 1,6 p. 100.

2° Il augmente la formation et l'élimination de l'acide urique, d'où son action probable sur les échanges des tissus collagènes, conjonctifs et fibreux ;

3° Il diminue la désassimilation des organes riches en phosphore, ou riches à la fois en azote et en phosphore ;

4° Il augmente de 25,4 p. 100 la quantité des urines ;

5° Il agit sur les matériaux inorganiques de la même façon que les bains au quart.

VII

ACTION PHYSIOLOGIQUE DU BAIN PUR SEL

Le bain pur sel a une action mixte, qui procède, tout en les accentuant, des effets physiologiques des bains au quart et demi-sel. Ce fait est particulièrement curieux, puisqu'il montre que *chacun de ces bains possède une sorte de spécificité d'action qui est étroitement liée à sa concentration.*

La quantité d'urine diminuée par le bain au quart, sensiblement augmentée par le bain demi-sel, revient, à peu de chose près (4,6 p. 100 à son taux initial. Il est donc vraisemblable que ce bain n'influence que très faiblement la tension sanguine.

Les échanges généraux augmentent de 13,4 p. 100, mais l'augmentation porte davantage sur les matériaux organiques que sur les éléments minéraux. Et, parmi les matières organiques, ce sont encore les matières albuminoïdes qui subissent l'accroissement le plus considérable (16,5 p. 100).

Cette fois, si la désintégration des matières albuminoïdes augmente sous l'action du bain pur sel, on voit augmenter aussi leur utilisation, puisque le coefficient d'oxydation croît de 2,3 p. 100, et que les produits azotés imparfaitement oxydés diminuent de 3,3 p. 100.

L'acide urique subit une insignifiante diminution de 0,5 p. 100, mais cette diminution devient caractéristique quand on la met en parallèle avec l'augmentation de 38,7 p. 100, produite par le bain demi-sel.

L'acide phosphorique total augmente de 8,8 p. 100, ainsi qu'avec le bain demi-sel, mais le rapport de l'acide phosphorique à l'azote total diminue de 6,4 p. 100, ce qui correspond à une diminution dans la désintégration des organes riches en phosphore (système osseux) ou des organes riches à la fois en azote et en phosphore (système nerveux, globules rouges du sang). Le bain demi-sel produisait déjà les mêmes effets, mais d'une manière moins accentuée.

Par conséquent :

1° Le bain pur sel active les échanges généraux de l'organisme, et particulièrement ceux des matières albuminoïdes, dont il accélère aussi l'oxydation ; d'où une diminution dans la formation de l'acide urique et des matières extractives azotées ;

2° Il diminue la désintégration des organes riches en phosphore ou riches à la fois en azote et en phosphore ;

3° Il fait peu varier la quantité d'urine, ce qui correspond à une action fort minime sur la tension sanguine ;

4° Il agit sur l'élimination des chlorures comme le bain au quart et demi-sel.

VIII

ACTION SECONDAIRE DE LA BALNÉATION CHLORURÉE-SODIQUE.

On a dit souvent que, pour bien juger de l'action des eaux minérales, il fallait attendre un certain temps, et que c'était seulement un ou deux mois après la cure que l'on pouvait déterminer les effets produits par celle-ci. Il était donc intéressant de rechercher si le mouvement nutritif imprimé à un organisme par la balnéation chlorurée-sodique cessait avec cette médication, ou si, au contraire, l'impulsion donnée à la nutrition se prolongeait ou se modifiait après la cessation des bains. Notre étude s'est prolongée pendant un temps beaucoup trop court pour qu'on en puisse tirer des conclusions définitives, mais ses résultats permettent déjà de supposer que l'impulsion nutritive survit à l'administration des bains, au moins dans ses traits principaux.

Après la période balnéaire, la quantité d'urine revient à peu près à la normale; les échanges continuent à s'accroître (15,3 p. 100), ainsi que les échanges azotés. Les oxydations se font mieux encore que pendant la période balnéaire et s'élèvent de 4,2 p. 100; aussi les matières extractives azotées subissent-elles une notable diminution de 7,5 p. 100. L'acide urique s'élève légèrement de 2,8 p. 100. L'acide phosphorique croît de 20 p. 100, ce qui s'accorde bien avec la suractivité nutritive démontrée par les chiffres précédents; mais comme le rapport de l'acide phosphorique à l'azote total, au lieu de diminuer comme pendant la période balnéaire, remonte de 2,3 p. 100, il s'ensuit que la désassimilation des organes riches en phosphore, ou riches à la fois en azote et en phosphore, reprend son taux habituel.

Enfin, les chlorures augmentent de 19,3 p. 100 après la cessation des bains, ce qui vient démontrer une fois de plus que les bains n'agissent pas par absorption des éléments salins qu'ils tiennent en dissolution.

Par conséquent:

1° L'impulsion donnée par la balnéation chlorurée-sodique aux échanges généraux, aux échanges azotés, à l'oxydation des produits de la désassimilation des matières albuminoïdes, s'accentue encore après la cessation du traitement. Les produits azotés incomplètement oxydés, les matières extractives azotées, tous les produits d'une élimination difficile et d'une toxicité reconnue continuent donc à diminuer;

2° L'acide urique seul subit une très minime élévation;

3° La diminution du taux de la désassimilation provoquée par les bains demi-sel et pur sel dans les tissus riches en phosphore ou riches à la fois en phosphore et en azote ne survit pas à l'administration des bains;

4° L'augmentation des chlorures après la période balnéaire corrobore l'opinion actuellement courante de la non-absorption par la peau des éléments salins dans l'eau chlorurée-sodique.

(*A suivre*).

REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE DU FOIE

I. — Un cas de cholécystite phlegmoneuse survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde, par le Dr Schlier. (*Deutsches Archiv für Klin. medicin.* T, 48, fasc. 3 et 4, p. 441, 1891.)

II. — Un cas d'abcès du foie, par le Dr Bettelheim. (*Ibidem*, p. 435.)

III. — Un cas de cirrhose chez un enfant de 9 ans, par le même. (*Ibidem*, p. 438.)

IV. — Remarques sur les différentes variétés de cirrhose, par R. Saundby. (*British medical Journal*, 1890, n° 1565.)

V. — Nouvelle contribution a l'étude de la mobilité anormale des organes, foie mobile, par le Dr M. Mann. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 35, p. 1033.)

VI. — Un cas de foie mobile, par le Dr Gontermann. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1890, n° 46, *a*, p. 1043.)

VII. — Un cas de sarcome de l'épiploon et du foie, par le Dr Anders. (*Medical News*, 1891, n° 1, p. 8.)

VIII. — Un cas de cystadénome multiple des canaux biliaires avec perforation dans les vaisseaux, par le Dr von Hippel. (*Virchow's Archiv.*, 1891, t. 123, fasc. 3, p. 473.)

I. — L'observation de Schlier concerne un jeune homme de 19 ans, qui, dans la quatrième semaine d'une fièvre typhoïde grave, fut pris subitement de violentes douleurs de ventre. Ces douleurs, plus marquées d'abord dans la fosse iliaque droite, puis dans la région du foie, s'étendirent ensuite à presque toute la région abdominale, puis elles se localisèrent dans la région de la vésicule biliaire. Deux jours plus tard, des taches en forme de stries se montrèrent sur la peau du ventre et du thorax, semblables à des ecchymoses veineuses; le nombre de ces taches alla en augmentant surtout là où le malade s'était gratté. Selles abondantes, de teinte argileuse. Pas de coloration ictérique de la peau. La fièvre, très forte jusqu'alors, tomba. Puis les douleurs envahirent de nouveau tout le ventre; météorisme, dyspnée, réascension de la température interne; mort dans le coma.

A l'autopsie on a trouvé les résidus d'une inflammation purulente sous-muqueuse de la vésicule biliaire, avec ouverture dans cette poche d'abord, dans la cavité abdominale ensuite. Il en était résulté une péritonite circonscrite d'abord, puis généralisée; hémorrhagies de la paroi de l'estomac.

L'examen microscopique du suc extrait de la paroi de la vésicule et l'examen du pus ont fait constater la présence de bacilles de même forme et de mêmes dimensions que le bacille d'Eberth; toutefois, chose regrettable, l'épreuve des cultures n'a pas eu lieu.

Hœlscher (*Munchener medic. Wochenschrift*, 1891, n° 3), cité par Schlier, a publié une statistique de 2.000 cas de fièvre typhoïde terminés par la mort; dans cinq cas il existait une inflammation diphtéritique de la vésicule biliaire, avec soulèvement de la muqueuse et suppuration. Dans l'un de ces cas il y a eu également perforation de la vésicule, avec péritonite circonscrite consécutive.

II. — Le sujet de la première observation de Bettelheim était malade depuis huit semaines, lorsqu'il se fit admettre dans un hôpital. La maladie avait débuté par de l'anorexie, de l'agitation nocturne, de l'amaigrissement. Cela se passait à la fin du mois d'août 1890. Or, dans le courant du mois de juillet, le médecin de la famille ayant constaté de la tuméfaction du foie et de la rate, avait envoyé le malade à Carlsbad. Pendant son séjour à cette station thermale, le malade a eu des frissons tous les six ou huit jours d'abord, puis tous les jours. On avait porté le diagnostic de pyémie.

Au moment de son entrée à l'hôpital, le malade avait la respiration accélérée, de l'endolorissement dans la région inférieure de la moitié droite du thorax et dans l'hypocondre droit, de la matité qui remontait jusqu'à la sixième côte, tandis qu'en bas le bord inférieur du foie descendait jusqu'à trois travers de doigt au-dessus du rebord des fausses côtes. T. 40°. Une ponction exploratrice pratiquée dans le neuvième espace intercostal sur la ligne scapulaire donna issue à du pus. On soupçonna l'existence d'un abcès sous-diaphragmatique et on procéda à la résection d'un fragment de la neuvième côte, de 4 centimètres de long.

Il ne s'écoula que très peu de pus à travers l'incision pratiquée dans la cavité pleurale. D'autre part la palpation du diaphragme ne faisait découvrir aucun indice de fluctuation, et une ponction pratiquée à travers ce muscle, avec une seringue de Pravaz, ne donna pas non plus issue à du pus. En raison de la grande faiblesse du malade on se borna à introduire deux drains dans la cavité pleurale. Trois jours après, le malade succomba aux progrès de l'adynamie.

A l'autopsie on trouva la convexité du foie adhérente au diaphragme dans l'étendue d'une pièce de cinq francs. Au centre de ces adhérences existait un orifice de perforation, autour duquel le foie était détaché du diaphragme dans une

étendue de deux centimètres environ. A travers cet orifice on pénétrait dans une collection de pus, du volume d'une orange. A côté existaient deux autres abcès de même volume. En son centre, au niveau de la ligne médiane, le foie logeait un autre abcès, du volume d'une noix.

Donc, du vivant du sujet, une faible partie du contenu de l'abcès le plus volumineux avait dû se déverser dans la cavité pleurale, à travers une petite fente du diaphragme, sans occasionner de pleurésie de ce côté, chose curieuse. A gauche, au contraire, on avait découvert les traces d'une inflammation fibrino-purulente de la plèvre costale. D'autre part rien dans les renseignements obtenus sur les antécédants pathologiques du malade ne fournissait l'explication du développement de cette hépatite suppurée. En fait de maladies antécédentes, le sujet, d'après son dire, n'avait jamais eu qu'une blennorrhagie.

III. — Un garçon de 9 ans, issu de parents sains, et bien portant lui-même jusqu'alors, fut pris de troubles digestifs avec météorisme, dans le courant de l'été 1890. Il entra à l'hôpital au mois de novembre suivant. On fut frappé à première vue, du développement considérable du ventre de l'enfant, et de l'existence d'un fort ictère. Au niveau du nombril le pourtour du ventre mesurait 78 centimètres ; la distance du nombril à l'appendice xyphoïde était de 14 centimètres, et de 18 centimètres jusqu'à la symphyse pubienne. Matité dans les parties déclives ; son clair, à la percussion, dans les parties supérieures du ventre ; les résultats variaient d'ailleurs avec l'attitude. Augmentation de volume du foie, constatable au palper ; la surface de la glande était bosselée. Pas de distension des veines superficielles de la paroi abdominale. L'urine contenait de la matière colorante biliaire en abondance, mais ni albumine, ni sucre ; selles molles, colorées par la bile. On diagnostiqua un cas de cirrhose biliaire.

Le 21 novembre une ponction de l'abdomen donna issue à deux litres de liquide ; mais l'épanchement ascitique se reproduisit très rapidement, et avec lui la dyspnée. On résolut d'ouvrir la vésicule biliaire pour la débarrasser de son contenu et pour sonder ensuite le canal cystique, sauf, en cas d'obstruction calculeuse, à libérer ce conduit. L'opération eut lieu, et le canal cystique fut trouvé parfaitement perméable. Peu de temps après l'enfant succombait dans le collapsus. Pendant les premières vingt-quatre heures qui ont suivi l'opération, il s'est échappé par la fistule 500 cc. de bile.

Autopsie : péritonite fibrineuse diffuse ; foie volumineux, ferme, granuleux, ictérique. La vésicule biliaire vide. Pas de rétrécissement du canal cystique et du cholédoque. Nombreux ganglions lymphatiques tuméfiés, dans la racine du mésentère et autour de la veine porte, quelques-uns atteignant jusqu'au volume d'une noix. Il semble donc que la cirrhose hépatique ait eu pour point de départ cet engorgement ganglionnaire.

IV. — Saundby distingue les dix formes suivantes de cirrhose du foie : 1° une cirrhose alcoolique ; 2° une forme cyanotique, consécutive à une lésion cardiaque ; 3° une forme biliaire ; 4° une cirrhose syphilitique diffuse ; 5° une cirrhose syphilitique gommeuse ; 6° une cirrhose tuberculeuse ; 7° une cirrhose consécutive à l'intoxication palustre ; 8° une cirrhose consécutive à la scarlatine ; 9° une forme rachitique ; 10° une forme diabétique.

L'auteur anglais donne sous forme de tableau un résumé schématique des caractères cliniques et anatomo-pathologiques de ces différentes formes de cirrhose.

V. — Un ouvrier âgé de 43 ans, qui avait eu une atteinte du scorbut en 1886, présentait à cette époque une augmentation de volume du foie. Quelques mois plus tard, en janvier 1887, il fut pris d'une hématurie violente, qui persista pendant quelques jours. Il se fit de nouveau admettre à l'hôpital. La partie supérieure de son ventre formait une voussure uniforme, au niveau de laquelle la percussion donnait un son mat. La limite inférieure de cette zone de matité s'étendait depuis le nombril jusqu'au rebord des fausses côtes à droite, en décrivant une convexité dirigée en bas. Par la palpation on pouvait se convaincre que le bord inférieur de la tumeur était formé par le bord inférieur du foie. La surface de l'organe était parfaitement lisse. Un peu plus tard on reconnut que la tumeur, qui ne pouvait être que le foie, était douée d'une mobilité anormale. Ainsi quand le malade était couché, le siège plus élevé que la tête, le foie pouvait être ramené jusque sous le rebord des fausses côtes. Quand il se tenait debout, il éprouvait une sensation très pénible de plénitude dans le ventre, avec tiraillements dans le flanc droit, douleurs dorsales. Quand il marchait un peu vite, il perdait rapidement l'haleine, il était pris de palpitations, de sueurs. Il lui était impossible de se baisser ; la plupart du temps il restait assis. Mais chaque semaine il était obligé de s'aliter, parce que sous l'influence de la station assise, le ventre se tuméfiait. Dans le lit il ne pouvait se coucher que sur le côté droit. Dans la région que le foie occupe normalement, la matité à la percussion faisait défaut.

Au mois d'avril 1891, le malade a été pris de fièvre et de dyspnée, et on pouvait constater les signes d'un épanchement dans la moitié droite du thorax ; on ne pouvait plus, maintenant, ramener le foie en position normale, quand le malade était placé dans l'attitude indiquée ci-dessus.

Un peu plus tard on constatait un déplacement de la rate qui était également douée d'une mobilité anormale. Finalement le malade succomba avec les signes d'un œdème pulmonaire. Voici les principales particularités, relevées à l'autopsie.

Le diaphragme remontait à gauche jusqu'entre la septième et la huitième côte, à droite jusqu'entre la cinquième et la sixième. La rate dépassait le rebord des fausses côtes de 6 centimètres ; on pouvait le déplacer de bas en haut jusqu'au diaphragme, de haut en bas jusqu'au nombril ; ses dimensions étaient de 14, 10 et 6 centimètres. Le bord inférieur du foie descendait jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure ; le hile était situé à la hauteur du nombril ; la glande mesurait 22 centimètres en largeur, 9 centimètres en hauteur à gauche, et 19 à droite. Son tissu était très dur à la coupe. A l'examen histologique, les différents éléments constituants du foie étaient très difficiles à distinguer les uns des autres ; les contours des cellules hépatiques étaient effacés. Les tissus acineux et inter-acineux présentaient une différence de teinte très nette ; le premier était d'un jaune clair, le second d'un brun foncé. Les travées inter-acineuses avaient une épaisseur double de celle qu'on leur trouve à l'état normal. On a constaté en outre une richesse insolite du foie en fer. Cette dernière circonstance paraît à l'auteur de nature à expliquer la mobilité anormale du foie chez son malade. En effet, tandis qu'à l'état normal tous les organes abdominaux ont sensiblement le même poids spécifique, sous l'influence de sa richesse excessive en fer le foie, chez le malade en question, a acquis un poids spécifique plus considérable, et, cédant à l'action de la pesanteur, il s'est déplacé.

VI. — Chez un enfant d'un an, atteint de la coqueluche avec

bronchite, une tuméfaction dure se forma subitement au voisinage du nombril, à la suite d'une quinte de toux. On put se convaincre que cette tuméfaction était formée par le foie déplacé, dont le lobe droit reposait sur la fosse iliaque droite, tandis que le lobe gauche se trouvait au-dessus du rebord des fausses côtes à gauche. La face antéro-supérieure de la glande était contiguë à la paroi abdominale. Dans la région qu'eût dû occuper normalement le foie, on ne percevait point de matité.

L'enfant succomba quelques semaines plus tard, à la suite d'accidents qui paraissent être en rapport avec une torsion du pédicule du foie. L'autopsie n'a pas eu lieu. Il semble que ce déplacement du foie ait eu pour cause un effort de toux.

VII. — Un homme de 33 ans s'était aperçu au mois de mai 1889 de l'existence d'une petite tumeur abdominale. Celle-ci se développa peu à peu, occasionnant au malade des douleurs intolérables dans le ventre, de la diarrhée et de la céphalalgie. La tumeur acquit un volume très considérable; elle était très dure, bosselée, peu mobile. Elle se prolongeait dans le petit bassin, et on pouvait la sentir au toucher rectal. Quelques semaines avant la mort du malade, son foie se mit à grossir sensiblement. L'urine ne contenait pas d'éléments anormaux. Le malade avait considérablement maigri; il souffrait beaucoup dans les derniers temps de sa vie.

A l'autopsie on trouva un volumineux sarcome du grand épiploon, qui s'étendait depuis le pubis jusqu'à l'appendice xyphoïde. Le foie, qui pesait plus de 11 livres, était parsemé de nombreux noyaux sarcomateux. L'examen microscopique fit voir qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules arrondies.

VIII. — On ne connaît encore qu'un petit nombre d'exemples d'adénomes des voies biliaires. Von Hippel en a observé un, chez un pensionnaire d'asile, affecté d'une myélite transversale, et qui fut emporté par les suites d'une paralysie de la vessie, qui se compliqua de cystite, de pyélite et de néphrite.

Le procès-verbal d'autopsie porte, pour ce qui concerne le foie, ce qui suit : Le foie renferme de nombreuses nodosités médullaires, dont le volume varie de celui d'un noyau de cerise à celui d'une noix, situées les unes immédiatement audessus de la capsule, les autres dans l'épaisseur de la glande. La vésicule biliaire ne présente rien d'anormal, elle est sans rapports avec la néoplasie.

L'examen microscopique de coupes de nodosités extirpées du foie et durcies dans l'alcool fit voir des excavations arrondies, séparées par de minces travées conjonctives, tapissées par une simple couche d'épithélium cylindrique et remplies d'une masse colloïde. On eût pu croire, à première vue, que des fragments du corps thyroïde avaient été introduits au sein du parenchyme du foie. A l'examen du parenchyme hépatique avoisinant, ce qui frappait d'abord, c'était l'énorme multiplication des canaux biliaires, qui étaient dilatés par places. Le tissu conjonctif qui les entourait était épais, infiltré de cellules arrondies, en certains endroits, tandis qu'en d'autres le tissu avait l'aspect fibrillaire, preuve que le processus était de date plus ancienne. Cette prolifération du tissu conjonctif atteignait sa plus grande intensité au voisinage immédiat des tumeurs. Celles-ci étaient séparées du parenchyme du foie par une membrane conjonctive bien nette, en rapport immédiat avec des travées partant de la capsule de Glisson. Elles étaient constituées par deux éléments : par une trame conjonctive, qui se continuait avec la membrane conjonctive enveloppante et dont les travées, extrêmement minces, ne comprenaient que peu d'éléments vasculaires; puis, par des excavations, les unes arrondies, les autres allongées ou tortueuses, tapissées par une couche unique de cellules épithéliales cylindriques, et remplies d'une masse hyaline, granuleuse par places. Au voisinage immédiat des tumeurs, on découvrait des canaux étroits, formés par des cellules épithéliales, sans lumière apparente, et qui ne se distinguaient en rien des petits canaux biliaires compris dans le tissu hépatique avoisinant. On pouvait constater de la façon la plus nette le passage direct de ces canaux dans les alvéoles de la tumeur. Dans quelques excavations, on découvrait du sang; dans d'autres, des cellules hépatiques pigmentées. Enfin, dans toutes les tumeurs, on apercevait de nombreuses cellules hépatiques et des masses néoplasiées au milieu de ramifications volumineuses de la veine porte.

En se basant sur les résultats de ses recherches histologiques, l'auteur conclut, en somme :

Qu'il existe de vrais adénomes des voies biliaires, survenant dans des foies relativement peu altérés;

Que dans ces adénomes il peut se faire des dilatations kystiques;

Que ces adénomes peuvent s'ouvrir dans le système vasculaire;

Que ce sont des néoplasies de bonne nature, ne donnant pas lieu à des métastases;

Que, malgré leur extension considérable, ces adénomes peuvent ne pas se traduire par des symptômes cliniques bien manifestes.

E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Étude sur les maladies cérébrales et mentales, par le Dr Jules Cotard, avec préface de M. le Dr Jules Falret (Paris, J.-B. Baillière et fils, 1891).

On se rappelle la triste fin de Jules Cotard, mort le 19 août 1889, à 49 ans, des suites d'une diphtérie contractée au chevet d'un de ses enfants. Quelques jours auparavant, il adressait au Congrès international de médecine mentale un remarquable mémoire sur l'origine psycho-motrice du délire, où s'affirmaient, une fois de plus, ses hautes qualités de psychologue et de clinicien.

Son maître et ami, le Dr Jules Falret n'a pas voulu que tout disparût avec lui de cette si honnête et si laborieuse existence, et réunissant ses travaux scientifiques les plus importants, il en a constitué le volume que nous analysons, encadré entre une magistrale préface et les discours d'adieu prononcés sur sa tombe.

Les deux premiers travaux de Cotard ont trait à la pathologie cérébrale proprement dite. L'un a pour titre : *Études physiologiques et pathologiques sur le ramollissement cérébral*, en collaboration avec le Dr J.-L. Prévost (1865). Dans ce mémoire très compact, les auteurs rendent compte du mécanisme intime du ramollissement cérébral par la comparaison des cas cliniques avec l'expérimentation chez les animaux, et concluent que le ramollissement cérébral est bien plutôt le fait de l'ischémie que de l'hypérémie. Le second, qui a pour titre : *Étude sur l'atrophie partielle du cerveau* (1868) n'est autre que la thèse inaugurale de l'auteur, dans laquelle sont éclaircis plusieurs points obscurs de la pathogénie, de l'anatomie pathologique et de la symptomatologie de cette affection du cerveau.

Les travaux qui suivent sont tous consacrés à des questions d'aliénation mentale à laquelle Cotard avait voué dès ce moment son existence. On y trouve : l'article *Folie* du *Diction-*

naire encyclopédique des sciences médicales (1877), excellente étude de pathologie générale, comprenant une interprétation pathogénique et une classification très judicieuse de la folie. On y trouve encore un court mémoire publié par Cotard en 1877 dans les *Archives générales de médecine* sur les *Rapports de l'aliénation mentale et du diabète*. Après avoir montré que la question est encore mal connue et rappelé les quelques faits établissant que le diabète peut alterner avec les névroses et les vésanies, soit chez le même individu, soit chez les divers membres d'une même famille, Cotard rapporte l'observation intéressante d'un jeune homme issu de goutteux et d'aliénés qui atteint de mélancolie avec hallucinations, s'améliora et guérit, au bout de quelques années, de cette affection mentale, tandis que survenait chez lui un état glycosurique des plus manifestes.

Plusieurs des articles suivants : *Du délire hypocondriaque dans une forme grave de mélancolie anxieuse* (1880); — *Du délire des négations* (1882); — *Le délire d'énormité* (1888); — *De l'hypocondrie* (*Dict. encyclopédique des sciences méd.* 1889), ont particulièrement pour objet l'exposition et le développement progressif d'une conception nosologique élaborée par Cotard sur des faits positifs d'observation et qui restera certainement comme son meilleur titre scientifique. C'est la conception d'une fièvre de mélancolie anxieuse qui, partant d'un délire hypocondriaque spécial, aboutit par étapes successives au délire des négations, puis au délire d'énormité, espèce de lire de grandeurs de nature mélancolique qui fait penser et dire aux malades qu'ils ont perdu le monde, qu'ils ne peuvent mourir, qu'ils occupent l'infini, etc., etc. Pour Cotard, ce délire d'énormité serait, en quelque sorte, à la mélancolie anxieuse, ce qu'est le délire ambitieux terminal au délire de persécution essentiel.

Les autres travaux de Cotard qui figurent dans le volume sont les suivants : *Signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire*, intéressante communication à la Société médico-psychologique sur les dégénérescences psychiques, à ce moment en discussion; — *De l'Aboulie et de l'Inhibiton en pathologie mentale* (1886). excellente étude de psychologie morbide, dans laquelle l'auteur montre les distinctions qui séparent, en clinique, l'aboulie de l'inhibition; enfin trois mémoires ayant pour titre : *Perte de la vision mentale dans la mélancolie anxieuse* (1884); — *De l'origine psycho-essentielle du délire* (1887; — *De l'orgine psycho-motrice du délire* (1889), mémoires dans lesquels l'auteur, cherchant à dégager la formule pathogénique du délire, on arrive finalement par des déductions et des observations successives, à localiser la production de ce phénomène dans l'énergie propre des centres psycho-moteurs du cerveau.

C'est là que s'est terminée la carrière scientifique de Cotard, mort en pleine maturité d'esprit et de talent, au moment même où il venait d'achever son dernier mémoire, l'une de des œuvres de haute psychologie clinique dans lesquelles il excellait.

Grâce à la pieuse affection de son maître et ami, le Dr Jules Falret, tant de mérite et de travail ne seront pas perdus, et les *Études sur les maladies cérébrales et mentales* de Cotard lui survivront, toujours consultées avec fruit, comme un témoignage de cette vie si droite et si laborieusement remplie.

E. Régis.

BULLETIN

Le premier compte rendu de la session annuelle de l'Association française nous apporte l'écho de nombreuses communications parmi lesquelles il est assez difficile de faire un choix, chacune d'elles ayant son originalité propre et portant la marque de la spécialisation professionnelle de son auteur. La brièveté même des analyses transmises aux journaux constitue aussi une difficulté pour ceux qui veulent pénétrer de loin l'idée inspiratrice de ces travaux, de manière à en interpréter fidèlement le sens exact. On a vu réapparaître certaines questions déjà discutées ailleurs, et sur lesquelles nous avons déjà, ici même, présenté quelques considérations. C'est ainsi que le problème de la nature du cancer a été remis sur le tapis, à propos d'une communication fort intéressante de M. Nepveu.

On sait la compétence histologique de notre confrère, qui s'est distingué par de remarquables études sur les micro-organismes, à une époque où ce genre de recherches était moins qu'aujourd'hui à l'ordre du jour, et où il pouvait être considéré comme une nouveauté. A son tour, M. Nepveu s'est préoccupé du rôle que ces éléments parasitaires peuvent jouer dans la genèse des néoplasies diverses que leur commune tendance à la malignité a fait englober sous la dénomination assez vague de cancer. La conclusion qui se dégage de ce travail semble plaider dans le sens négatif, car notre confrère déclare avoir vainement recherché la présence des *prorospermies* dans toutes les pièces qu'il a été à même d'examiner : il paraît même disposé à vouloir par avance s'inscrire en faux contre l'opinion qui tend à faire jouer le rôle pathogénique principal à ces productions, en rappelant les effets que l'on obtient expérimentalement avec eux chez les animaux : ces effets se rapprochent bien plus des divers processus d'irritation et d'inflammation connus (suppuration, hyperplasie cellulaire, caséification) que de la dégénérescence cellulaire caractéristique des néoplasies cancéreuses. En second lieu, l'étude également très attentive d'autres altérations propres aux cancers, telles que la présence des corps à fuchsine et les altérations des capillaires sanguins, ont permis à M. Nepveu de conclure dans le même sens que le mémoire précédemment cité de MM. Duplay et Cazin. Etant donnée l'autorité qui s'attache aux travaux de M. Nepveu, on peut considérer son opinion, dans le cas particulier, comme un appoint extrêmement important contre la doctrine de l'étiologie parasitaire du cancer. Doit-on croire, pour cela. que désormais cette doctrine soit définitivement condamnée? Ce serait aller un peu loin, car cette doctrine est trop séduisante, elle s'appuie sur des arguments expérimentaux et cliniques trop sérieux, et enfin elle paraît devoir être trop féconde en résultats thérapeutiques pour que l'on puisse considérer comme un arrêt sans appel le résultat provisoirement négatif des recherches de M. Nepveu. Une question de cette importance et en même temps aussi difficile à résoudre, réclame évidemment un supplément d'enquête, pour laquelle une nouvelle série d'expériences est absolument nécessaire.

— Il y a plus qu'une transition indirecte, il y a une filiation logique entre le problème de l'étiologie du cancer et celui des causes de l'artério-sclérose et des cardiopathies artérielles, que M. Huchard vient d'aborder à nouveau devant le Congrès de Marseille. En effet, ces deux questions ne se rapprochent pas seulement sous le rapport de la communauté du rôle attribuable aux agents infectieux, rôle démontré pour l'artério-sclérose et soupçonné seulement pour le cancer ; elles sont

encore comparables à un autre point de vue, celui de la part qui revient, dans l'étiologie de l'une et de l'autre, à certaines circonstances étrangères en apparence à leur développement et qui, en réalité, semblent les favoriser singulièrement. Par exemple, en ce qui concerne l'artério-sclérose, il est démontré aujourd'hui que l'alimentation peut, dans certaines conditions, favoriser la genèse de cette grande altération vasculaire dont les anciens pathologistes avaient pressenti l'importance nosologique, si bien mise en relief de nos jours par les progrès de la science. C'est particulièrement à l'abus de l'alimentation carnée que l'on doit, d'accord avec M. Huchard, attribuer la fréquence d'une lésion qui, par sa diffusion, intéresse tous les organes et devient, par là même, le point de départ des troubles les plus graves. Le mécanisme qui relie la cause à la lésion est ici facile à comprendre, il s'agit d'un procédé d'irritation qui reconnaît pour cause la mise en circulation, dans le système vasculaire, des produits de digestion et de décomposition des tissus animaux ingérés (ptomaïnes, leucomaïnes). L'apport périodique de ces produits entraîne la viciation du sang et consécutivement la dégénérescence lente de la paroi des capillaires, par un procédé tout à fait comparable à celui de l'alcool et des composés saturnins qui agissent sur l'endartère par le mécanisme de l'irritation. L'apparition de phénomènes d'empoisonnement, qui a été notée dans certains cas, n'est pour ainsi dire qu'un degré plus avancé de cette intoxication alimentaire dont le mode d'action ainsi précisé éclaire d'une vive lumière la genèse d'un grand nombre d'altérations viscérales restées longtemps inexpliquées.

Est-on en droit d'invoquer cette même cause pour expliquer le développement du cancer? Il faudrait répondre affirmativement, d'après M. Verneuil, qui récemment n'hésitait pas à mettre la fréquence vraiment inquiétante de cette maladie sur le compte de l'abus, aujourd'hui général, de l'alimentation azotée. Il nous semble, toutefois, qu'une distinction serait ici nécessaire, et nous croyons que l'étiologie invoquée se rapporte surtout au cancer du tube digestif, qui est plus directement intéressé que tout autre organe à la qualité de l'alimentation. Néanmoins, il n'est pas impossible que cette même cause intervienne aussi pour favoriser dans d'autres organes la déviation du type cellulaire dans le sens de néoplasie. Quoi qu'on en puisse penser, une pareille étiologie vaut bien celle qui a eu cours si longtemps et qui mettait la développement du cancer presque exclusivement au compte des peines morales et des chagrins prolongés. Cette dernière cause n'est guère propre qu'à préparer le terrain, au moyen d'une débilitation préalable, elle ne saurait à elle seule expliquer la localisation des néoplasies malignes et particulièrement le développement du cancer de l'estomac. Le rôle de l'alimentation nous paraît devoir prendre ici le pas, au point de vue de la pathologie générale. On voit, par ces considérations, que la question de l'étiologie du cancer semble plus avancée aujourd'hui qu'elle ne l'était il y a quelques années : résultat important dont il faut savoir gré à la science contemporaine. Le congrès de Marseille aura eu, entre autres mérites, celui de mettre ces notions nouvelles une fois de plus en lumière.

P. M.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Présidence de M. Jacquot.

— M. Henri Monod rend compte de la situation sanitaire à l'intérieur.

Quelques cas de fièvre typhoïde se sont produits à Castres. Des informations ont été demandées au préfet du Tarn.

— Un journal a parlé d'une épidémie grave de diphtérie qui se serait produite à l'île de Groix. Le service de la santé n'a reçu jusqu'ici aucun renseignement concernant cette épidémie. Il a été écrit au préfet du Morbihan et au service de santé de la marine, pour en demander.

— Une étuve à désinfection à vapeur sous pression a été envoyée à Avesnes ; M. le Dr Thoinot, de retour de sa mission dans cette ville, donne les renseignements suivants :

L'épidémie de fièvre typhoïde d'Avesnes est la plus grave que j'ai vue. Sur 6.000 habitants il y a eu plus de 700 cas. Sur 750 soldats 335 ont été atteints. Les eaux potables reçoivent des infiltrations très suspectes. L'analyse de ces eaux se poursuit. La municipalité semble résolue à doter la population d'eau de source. En attendant, les bornes-fontaines sont pourvues de cette inscription : « Eau à ne boire qu'après avoir été bouillie. »

— M. Proust, inspecteur général des services de santé, fait la communication suivante sur la situation sanitaire extérieure :

Choléra à Bombay sur les navires anglais. — Une grave épidémie de choléra a éclaté sur deux navires anglais, *Maraton* et *Redbreast*, en rade de Bombay, le 11 septembre. Elle a causé jusqu'ici 16 décès.

Cette explosion démontre une fois de plus le danger que présente le port de Bombay. Le choléra, y régnant à l'état endémique, n'y donne lieu qu'à un petit nombre de cas chaque semaine, mais sévit avec violence sur les non acclimatés qui viennent y débarquer ou s'y embarquer.

Choléra du Hedjaz. — Deux cas isolés de choléra ont été observés à la Mecque, mais à Médine, Yambo, Djeddah, la situation sanitaire est satisfaisante ; il en est de même à Djebel-Tor, où toutes les précautions ont été prises et exécutées avec la même rigueur, bien que, depuis, les 6 décès signalés au début, il n'y ait pas eu d'autres cas de choléra confirmés ; il y a donc lieu de considérer le pèlerinage comme terminé, et les craintes d'importation pour l'Egypte et l'Europe diminuent de plus en plus.

Les bandits des tribus bédouines qui ont attaqué les convois entre la Mecque, Médine et Yambo ont été contagionnés et sérieusement éprouvés. Il sera intéressant de savoir si le germe semé parmi ces Bédouins persistera plus ou moins longtemps.

Le 21 août, il était arrivé dans la ville de Yambo 4.300 pèlerins égyptiens, maugrabins et turcs ; les pèlerins étaient difficiles à caser dans une petite ville de 10.000 habitants, manquant de ressource et particulièrement d'eau.

La plupart des bateaux arrivaient à Djebel-Tor, renfermant beaucoup plus de pèlerins qu'il n'y en avait d'inscrits sur la patente : le *Zagazig* avait à son bord 769 pèlerins : il n'y en avait que 650 sur la patente ; le *Damanhour* 707 pèlerins : il n'y en avait que 610 sur la patente.

Le médecin sanitaire de Damas est parti pour Aïn-Zarka afin de prendre les dispositions nécessaires pour désinfecter la caravane revenant de la Mecque et surveiller la quarantaine qui doit durer dix jours pleins.

Choléra d'Alep. — Du côté du vilayet d'Alep, les villages situés au-delà de l'Euphrate, au sud d'Orfa, sont toujours atteints. De ce côté, il y a eu plus de 3.000 décès en trois mois. Cependant l'épidémie actuelle est peu intense et tout fait présumer qu'elle n'aura pas une grande extension.

Fièvre jaune. — Un navire anglais, le *Sorata*, parti de Rio-Janeiro le 25 août, a présenté, dès le lendemain, deux cas de

choléra qui se sont terminés par la mort. La maladie s'est éteinte à bord, grâce aux mesures d'isolement et de désinfection.

Le navire a débarqué quinze passagers au lazaret de Pauillac ; ils ont été isolés pendant trois jours, les opérations d'assainissement ont été régulièrement effectuées et les passagers, présentant un état sanitaire excellent, ont été admis à la libre pratique.

Les patentes de la Vera-Cruz sont maintenant nettes ; la fièvre jaune n'y a donc fait qu'une courte apparition. Il en est de même au Para ; à Rio-Janeiro, à Santos, l'état sanitaire des villes et de leurs environs est assez bon, de très rares cas de fièvre jaune y sont constatés.

A Bahia il y a toujours des cas de beriberi, des fièvres paludéennes et quelques rares cas de fièvre jaune.

A Guayaquil, l'état sanitaire est mauvais : la fièvre jaune et les fièvres paludéennes y font de nombreuses victimes.

— Plusieurs rapports sur des amenées d'eaux sont ensuite lus :

Dr Ogier : Pont-de-Beauvoisin (Savoie) ; Genolhac (Gard).

Dr Pouchet : les Cheraines (Savoie).

Les conclusions sont favorables aux projets.

— M. le Dr Netter lit un rapport sur un pétition demandant qu'il soit interdit aux mineurs de seize ans de fréquenter les lieux publics et de vendre du tabac aux dits mineurs. Il conclut que l'usage du tabac est certainement nuisible aux enfants et aux adolescents ; qu'ils dépend des parents, des patrons et des maîtres de conseiller et même d'imposer une abstinence dont ne sauraient que profiter les jeunes gens, mais qu'une loi à ce sujet ne serait pas aussi utile et paraîtrait même présenter des inconvénients sérieux.

Ces conclusions sont adoptées.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 6 AU 12 SEPTEMBRE 1891

Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 0. — Rougeole, 8. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, croup, 11. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 155. — Autres tuberculoses, 33. — Tumeurs cancéreuses et autres, 62. — Méningite, 25 — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 35 — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 2. — Maladies organiques du cœur, 56. — Bronchite aiguë et chronique, 27. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 42. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 102. — Fièvre et péritonite puerpérales, 3 — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 22. — Sénilité, 24. — Suicides et autres morts violentes, 26. — Autres causes de mort, 151. — Causes inconnues, 13. — Total 822.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITE DE REDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

PATHOLOGIE MÉDICALE

CIRRHOSE ALCOOLIQUE BRIÈVEMENT GUÉRIE PAR LE CALOMEL A PETITE DOSE. — ANGIOCHOLITE INFECTIEUSE TERMINALE, SOUFFLE SPLÉNIQUE. — ANGIECTASIE HÉMORRHAGIQUE DE LA PEAU ET DE L'ŒSOPHAGE. — BATTEMENTS PRÉROTULIENS. — POULS CAPILLAIRE. — PAS D'INSUFFISANCE AORTIQUE. — HYPERTROPHIE DU VENTRICULE GAUCHE.

Par le Dr Ch. Bouchard (1).

J'ai communiqué en 1889, à la Société clinique (*France médicale*, n° 36, 1889), la première partie de l'histoire de la malade dont je vais parler, qui est entrée dans mon service de l'hôpital Lariboisière le 7 janvier 1886 et qui y a succombé le 5 juillet 1889. Pendant près de trois ans, elle était maintenue au nombre des malades quoiqu'elle ne fût souffrante qu'à de rares intervalles, en vue de faire profiter les élèves de l'étude d'un fait rare et intéressant. Elle utilisait, d'ailleurs, sa présence dans les salles en s'employant comme infirmière volontaire.

Les points intéressants du début de son histoire, sont :

1° La guérison, par l'usage du calomel à la dose quotidienne de deux et même un centigramme, d'une cirrhose alcoolique avec augmentation du volume du foie, dilatation des veines sous-cutanées abdominales, ascite qui a nécessité quatre ponctions dans l'espace d'un an.

2° L'insuffisance de la fonction hépatique caractérisée par la glycosurie qu'on provoquait à volonté chaque fois qu'on faisait ingérer 66 gr. de sucre de canne; insuffisance hépatique caractérisée également par des accès d'auto-intoxications avec céphalée, délire, coma, convulsions, myosis qui survenaient chaque fois que se produisaient des crises rénales avec oligurie ou avec albuminurie transitoire.

3° L'existence d'un souffle splénique isochrone aux battements du pouls, qui se produisait dans la rate tuméfiée et qui n'était pas la propagation d'un souffle cardiaque ni d'un souffle artériel.

C'est l'un des cinq cas de souffle splénique que j'ai constatés. Quatre de ces cas concernaient des malades atteints de cirrhose. L'un d'eux a été publié ultérieurement par M. Leudet (1), avec qui j'avais pu l'observer, grâce à l'obligeance de mon collègue, M. Gougenheim. Les cas de souffle observés avant moi par Griesinger, Thierfelder et Winkel, Gerhardt, Roeser, Schutzenberger, Moissuranz, n'avaient aucune relation avec la cirrhose.

En février 1886, l'état de cette femme, qui avait alors 32 ans, était des plus fâcheux; en mars 1887, après la dernière ponction qui ne fut pas suivie de reproduction de l'ascite, le mal était enrayé; le foie n'avait assurément pas repris sa structure normale, mais son fonctionnement était assez peu défectueux et les accidents morbides étaient exceptionnels; le développement des veines abdominales avait disparu; de petites tumeurs vasculaires qu'on avait vues apparaître sur le front, sur les paupières et sur les joues s'effaçaient; mais le foie restait tuméfié et inégal, la rate conservait son volume exagéré, le souffle splénique persistait. Il se maintint encore pendant trois ans sans modification appréciable. En mars 1890, il était beaucoup plus faible. En avril 1891, il avait totalement disparu pour ne plus revenir.

Cependant tandis que le souffle splénique se supprimait, d'autres souffles vasculaires se produisaient. Les petites tumeurs érectiles veineuses revenaient; on en voyait de nouveau sur la face, dans le pharynx, une sur le côté interne de la dernière phalange de l'annulaire gauche. Cette dernière tumeur, en février 1890, devient la source d'une hémorrhagie assez vive, d'apparence artérielle, qu'on arrête facilement par la compression. La même tumeur en août 1890, donne une nouvelle série d'hémorrhagies auxquelles on oppose encore la compression, laquelle ayant été maintenue pendant une nuit provoque la nécrose des deux dernières phalanges. D'autres varices existaient dans l'œsophage; l'une d'elles donna, après de l'hématémèse et du mélœna, une hémorrhagie à laquelle la malade succomba. La totalité du tube digestif depuis le cardia jusqu'à l'anus fut trouvée, à l'autopsie, distendue par une masse de sang qu'on estima à près de six litres.

En même temps que les tumeurs variqueuses avaient reparu on avait constaté un nouveau symptôme : la main appliquée sur la face antérieure des deux genoux percevait des battements isochrones au pouls. Ce n'était pas la rotule qui était soulevée, c'était bien le tissu sous-cutané, prérotulien qui présentait un phénomène d'expansion pulsatile sans qu'il y eut de déformation ni changement d'aspect ou de couleur des téguments à ce niveau. Le même phénomène apparaissait partout où le doigt explorait une portion de la peau immédiate-

(1) Congrès de Marseille.

(1) *Revue de médecine*, 1891.

ment appliquée sur une surface résistante, aux malléoles, aux olécranes, sur les os malaires. M. François Franck a bien voulu, à ma prière, prendre les tracés des pulsations prérotuliennes.

En présence de ces troubles vasculaires, il était naturel de rechercher l'existence du pouls capillaire. Je le constatai à diverses reprises, de la façon la plus nette, sous les ongles.

Les ongles et les dernières phalanges des doigts offraient la déformation hippocratique au plus haut degré. Cette déformation fut reconnue pour la première fois à la fin de 1887; elle avait peut-être passée inaperçue jusque-là mais la malade affirmait qu'elle avait autrefois les doigts comme tout le monde, mais ne pouvait pas fixer l'époque de l'apparition de cette difformité, ni même dire si elle avait apparu avant ou après le commencement de sa maladie. Cette altération du squelette de la dernière phalange jointe aux battements et au pouls capillaire devait rendre plus attentif sur l'état du cœur qui avait été souvent exploré et qui, à diverses reprises, avait attiré l'attention par des troubles fonctionnels.

C'est en mars 1889, qu'on constate pour la première fois un souffle systolique à la pointe et en même temps un souffle systolique à la base qui a été retrouvé depuis à de rares intervalles, tandis que le souffle de la pointe a été entendu à un grand nombre d'examens mais non constamment. Les troubles fonctionnels ont été tantôt les palpitations, tantôt l'arythmie. Ce qui a été noté constamment, c'est l'absence de tout signe local d'insuffisance aortique. L'autopsie, d'ailleurs, a démontré l'intégrité de toutes les valvules, l'absence, expérimentalement démontrée, de l'insuffisance aortique. Mais le ventricule gauche était notablement hypertrophié. On en trouva l'explication dans l'existence d'une étroitesse de l'aorte commençant à 9 centimètres au-dessus de son origine et s'étendant à une portion seulement de la région thoracique. La limite précise en bas n'a pas été établie en raison d'un accident d'autopsie. Le calibre de l'aorte, dans sa partie rétrécie, n'était pas supérieur à celui de l'iliaque primitive. L'examen histologique n'a pas permis de constater d'altérations pathologiques du tissu artériel dans la portion rétrécie.

On a, je pense, dans la coexistence du rétrécissement de l'aorte avec hypertrophie du cœur, et de la cirrhose hépatique, l'explication des troubles vasculaires singuliers observés chez ma malade, la cirrhose ayant produit les modifications anatomiques ou fonctionnelles qui produisent si souvent dans cette maladie la dilatation des terminaisons vasculaires. Le ventricule hypertrophié lançait à chaque systole une puissante ondée sanguine, puis la tension artérielle baissait brusquement par suite du libre passage du sang des artères dans les veines, de même qu'elle tombe dans l'insuffisance aortique par le reflux dans le ventricule gauche.

Pour compléter cette histoire sommaire, je dirai que, au cours de la dernière année, se développa une tuberculose pulmonaire et que, dans les derniers mois, apparurent des signes d'angiocholite infectieuse, caractérisée par l'ictère à rechute avec accès fébriles pseudo-intermittents. L'autopsie démontra l'existence d'une boue pigmentaire dans les divisions dilatées du canal hépatique avec infarctus biliaire et présence du bacillus coli communis sans calculs dans la vésicule ni dans le canal cholédoque.

CHIMIE APPLIQUÉE A LA THÉRAPEUTIQUE

LA BALNÉATION CHLORURÉE-SODIQUE, SES EFFETS SUR LA NUTRITION, SES NOUVELLES INDICATIONS

Par M. ALBERT ROBIN
Membre de l'Académie de médecine.

(*Suite et fin*) (1).

IX

APPLICATIONS CLINIQUES DES DONNÉES PHYSIOLOGIQUES PRÉCÉDENTES.

Je vais rechercher maintenant quelles sont les applications cliniques possibles des données physiologiques précédentes.

Pour répondre complètement à cette question, il faudrait connaître d'une manière très précise les modifications que subissent les échanges dans toutes les maladies qui paraissent justiciables de la balnéation chlorurée-sodique. Mais, comme ces modifications n'ont point encore été suffisamment déterminées dans tous les groupes morbides, je me bornerai, pour l'instant, à poser des lois générales et à poursuivre l'application de ces lois pour les seuls états morbides dans lesquels j'ai personnellement étudié les variations des échanges élémentaires.

La première loi générale qui se dégage des faits physiologiques précédents, c'est que la balnéation chlorurée-sodique reconnaît comme indication majeure tous les états morbides dans lesquels il ya *hypoazoturie*, c'est-à-dire *diminution dans les échanges azotés*.

La deuxième indication est l'*amoindrissement des oxydations azotées*. A ce propos, il importe de faire remarquer qu'on doit avoir soin de distinguer les échanges et les oxydations, et que, contrairement à l'opinion courante, il n'y a pas synonymie entre ces deux termes. Les échanges, ou pour mieux dire, la désassimilation, ne sont pas corrélatifs des oxydations. La désassimilation s'accomplit par divers actes chimiques, tels que l'hydratation et les dédoublements; les oxydations n'interviennent que secondairement, comme un phénomène de seconde étape, pour brûler et solubiliser les produits de première désassimilation engendrés par hydratation et dédoublement. Par conséquent, des actions médicamenteuses peuvent influencer séparément et différemment la désassimilation et les oxydations, de même que, dans nombre d'états morbides, désassimilation et oxydation sont loin de marcher de pair.

Quand on étudie un moyen médicamenteux, il y a donc une haute nécessité à préciser son mode d'action sur la désassimilation et sur les oxydations. Or, nous venons de voir que d'une manière générale, la balnéation chlorurée-sodique augmentait à la fois la désassimilation et les oxydations azotées. Comme le poids du sujet en expérience n'a pas sensiblement varié pendant la durée de celle-ci, on peut donc en conclure que la balnéation chlorurée-sodique relève l'activité des échanges azotés et accroît l'oxydation des produits de désassimilation, ce qui revient à dire qu'elle trouve son indication chez tous les malades dont la nutrition azotée et les oxydations sont en déchéance.

La troisième indication relève de l'*action d'épargne* exercée par la balnéation chlorurée-sodique sur les tissus riches en phosphore et sur ceux qui sont à la fois riches en azote et en phosphore. En effet, si avec une alimentation identique le rap-

(1) Voir les numéros 37, 38 et 39.

port de l'acide phosphorique à l'azote tend à diminuer, cela ne peut tenir qu'à une seule condition, c'est que la désassimilation porte principalement sur les tissus riches en azote et pauvres en phosphore, et qu'elle s'amoindrit dans les tissus phosphorés, c'est-à-dire dans les os et dans le système nerveux. Il en résulte que la balnéation chlorurée-sodique trouvera son emploi dans les affections destructives du système osseux et chez tous les malades dont le système nerveux a besoin d'être reconstitué par voie d'épargne, à la suite de déperditions exagérées.

Telles sont les trois indications majeures que la chimie biologique reconnaît à la balnéation chlorurée-sodique, toutes réserves faites sur l'action des bains additionnés d'eau-mère, dont je n'ai point étudié les effets physiologiques, lesquels nous réservent peut-être des indications thérapeutiques toutes particulières.

Mais ces trois lois générales s'appliquent à la balnéation chorurée-sodique envisagée dans son ensemble et sans tenir compte des indications particulières qui relèvent du degré de concentration des bains. La clinique avait déjà démontré que les bains agissaient différemment suivant le degré de leur concentration, c'est-à-dire de leur richesse saline, mais ce que la chimie a précisé, c'est l'action vraiment spécifique que possèdent les bains au quart, à moitié et entiers, qui, chacun, influencent si personnellement les échanges.

Ainsi, le bain au quart sera particulièrement réservé aux malades chez lesquels il n'y a lieu d'augmenter ni les échanges azotés, ni les oxydations, à ceux qui ont une tendance à maigrir, à ceux qui fabriquent de l'acide urique en excès. Il n'aura qu'une action très minime chez les malades atteints d'affections osseuses torpides.

Le bain demi-sel conviendra d'emblée aux malades chez lesquels y aura lieu de relever vivement les échanges azotés, sans accroître activement les oxydations. Il sera contre-indiqué chez les uricémiques, mais devra être employé quand il s'agira d'activer les échanges des tissus collagènes, conjonctifs et fibreux, c'est-à-dire dans les affections ganglionnaires torpides, dans les manifestations scrofuleuses, les périostites, dans les hyperplasies conjonctives et dans les arthrites chroniques.

Le bain pur sel, avec son action dominante sur les oxydations organiques, conviendra aux malades à nutrition languissante, à oxydations retardées, aux affections osseuses, aux déchéances nerveuses, aux rachitiques, aux névroses, à certains anémiques, aux arthritiques uricémiques, aux malades intoxiqués par des produits d'oxydation imparfaite, à tous les individus dont il importe de reconstituer le système nerveux par voie d'épargne, tout en accélérant les mutations azotées, c'est-à-dire en accélérant le courant d'assimilation tout en restreignant les actes désassimilateurs.

X

Ces données générales étant acquises, il est nécessaire d'étudier leurs *applications à des cas cliniques déterminés*.

Tout d'abord, il importe de faire ressortir ce qu'il y a de nouveau dans les indications que je viens de formuler.

On le voit, rien dans les recherches sur l'action biologique de la balnéation chlorurée-sodique ne vient contredire les enseignements séculaires de la clinique. Au contraire, ces enseignements reçoivent de la chimie une nouvelle confirmation. La balnéation chlorurée-sodique, cliniquement et chimiquement, sera la médication hydro-minérale du lymphatisme, de la scrofule, de ses manifestations ostéo-articulaires, du rachitisme, des inflammations chroniques de l'appareil utérin, du rhumatisme chronique, de certaines anémies, etc., etc.

Mais la chimie nous apprend qu'elle pourra être avantageusement utilisée dans toutes les maladies où les échanges azotés et les oxydations azotées subissent un ralentissement, qu'elle est un agent d'épargne du système nerveux, qu'elle diminue la formation de l'acide urique, qu'elle est un moyen d'oxyder les résidus mal brûlés et toxiques; la chimie précise, en outre, le mode d'action, pour ainsi dire spécifique, des bains de concentrations diverses, et régularise les indications de leur emploi.

En un mot, la clinique avait créé les indications relatives à telle ou telle *entité morbide*; la chimie crée des indications relatives à tel ou tel *élément morbide*, envisagé indépendamment de l'affection dont il n'est qu'une des conséquences ou l'un des actes.

Pour bien faire comprendre ma pensée, il est indispensable de procéder par exemples :

L'un des plus saisissants est celui de l'*anémie*, qui constitue l'un des états morbides que revendique la balnéation chlorurée-sodique. Tous les médecins savent que les anémies, dont les causes et les manifestations sont si variables, ne sont pas justiciables de la médication martiale; on sait aussi que les ferrugineux sont quelquefois mal tolérés, qu'alors, ils exercent sur l'anémie une action plutôt défavorable, de sorte qu'on est obligé de cesser au plus vite le médicament, et de s'adresser aux arsenicaux, par exemple. Mais je ne sache pas qu'il existe un moyen clinique certain de déclarer avant tout traitement que le fer convient à tel anémique et l'arsenic à tel autre.

Or, ce moyen, je crois l'avoir trouvé. Si l'on étudie la chimie des échanges chez les anémiques, on arrive à les diviser en deux classes : la première, la plus importante par la fréquence, comprend les anémiques qui ont des échanges azotés diminués et une oxydation amoindrie; chez les malades de cette classe, le coefficient d'oxydation azotée s'abaisse à 75 p. 100 en moyenne, au lieu du chiffre normal de 80 à 82 p. 100.

La seconde classe renferme les anémiques dont les échanges et les oxydations azotées sont augmentés et dépassent la normale précédente.

Quelle que soit la cause génératrice des anémies de la seconde classe, ce qu'il y a de certain, c'est que cette cause a pour effet d'accroître les oxydations; il y a donc lieu d'en conclure que les moyens thérapeutiques qui ont pour but d'élever les oxydations agiront dans le même sens que la cause morbide et ne pourront exercer sur elle aucune action suspensive. Il faut conclure aussi que les agents médicamenteux qui seront indiqués dans les anémies du premier groupe seront formellement contre-indiqués dans les anémies du second groupe.

Comme je me suis assuré expérimentalement que le fer accroissait les oxydations et que l'arsenic les diminuait, cette conclusion mathématique s'impose : que la médication ferrugineuse convient aux anémiques de la première classe, et que ceux de la seconde classe doivent être soumis à une médication restrictive des oxydations, à la médication arsenicale, par exemple.

Ces recherches ont une double portée, elles expliquent le mystère des insuccès du fer chez certains anémiques; elles permettent au médecin qui doit traiter un anémique de fixer d'emblée, sans tâtonnements, s'il doit employer la médication ferrugineuse oxydante, ou la médication sous-oxydante dont l'arsenic est un des agents.

Ce sont ces données nouvelles et peut-être inattendues que je voudrais essayer d'appliquer à la cure des anémies par la balnéation chlorurée-sodique. Cette médicamentation, envisagée dans son ensemble, accroît le coefficient d'oxydation de 4,2 p. 100; elle accroît la désassimilation azotée de 17,2 p. 100; on devra donc se garder de l'employer dans le traitement des anémies du second groupe. *A priori*, la seule balnéation que l'on pourrait employer, à la rigueur, quand une anémie du second groupe complique une autre affection relevant de cette médication, c'est le bain au quart. Mais c'est aux médecins hydrologues à vérifier sur place cette médication actuellement théorique, et à rechercher si l'addition d'eaux-mères ne parviendrait pas à compenser l'action très légèrement suroxydante de ce bain.

Au contraire, avec les anémiques du premier groupe, on pourra marcher à coup sûr, et ce sont certainement les succès obtenus dans des cas de ce genre qui ont valu aux eaux chlorurées-sodiques leur antique réputation pour le traitement et la cure des anémies.

La chimie des échanges nous indique encore autre chose: c'est le *moment précis où l'on doit interrompre la cure*, ce que nous ne savions jusqu'à présent que par à peu près et d'après les symptômes réactionnels engendrés par la cure elle-même. Comme l'augmentation des échanges azotés et des oxydations survit à la cure et s'accroît après la fin de celle-ci, il faut considérer les effets consécutifs de cette cure et ne pas attendre, pour l'interrompre, que les oxydations soient montées à un taux invariable. Mon avis serait de cesser le traitement, quatre ou cinq jours après que le coefficient d'oxydation azotée dépasse de 3 à 4 p. 100 son taux initial. Mais c'est là une limite encore virtuelle et théorique, qui n'a rien d'absolu, et qui ne pourra être définitivement fixée que par l'expérience des médecins hydrologues.

XI

J'ai développé un peu longuement cet exemple des anémies, pour bien montrer le parti que les cliniciens peuvent tirer des recherches sur la chimie des échanges. Comme les mêmes considérations sont applicables à un grand nombre d'autres éléments morbides, je passerai rapidement sur les autres exemples que j'ai encore à citer.

Depuis quelques années, on a vanté les effets de la balnéation chlorurée-sodique dans le traitement de l'*obésité*. J'ai interrogé à ce sujet plusieurs médecins hydrologues: ils m'ont répondu que cette médication donnait parfois d'excellents résultats, qu'elle paraissait réussir particulièrement chez les enfants lymphatiques et obèses, mais que son action était irrégulière, en ce sens qu'elle demeurait inefficace chez un certain nombre d'obèses, sans que l'on pût exactement saisir les motifs de cet insuccès.

Il me semble que la détermination du coefficient d'oxydation doit résoudre cette difficulté et indiquer quels sont les obèses que l'on peut faire maigrir à l'aide de la balnéation chlorurée sodique. En effet, j'ai démontré jadis que l'on devenait obèse par excès d'assimilation ou par défaut de désassimilation et d'oxydation, et que ces deux variétés d'obésité réclamaient des régimes tout à fait opposés. Partant de cette donnée, il est évident que la balnéation chlorurée-sodique, avec son pouvoir d'élever le coefficient d'oxydation, conviendra aux obèses par défaut, qu'elle fera maigrir plus ou moins, mais n'aura nul effet chez les obèses par excès. D'où l'utilité de savoir, avant d'envoyer un obèse dans une station balnéaire chlorurée-sodique, s'il est obèse par excès ou par défaut, ce que la clinique soupçonne souvent, mais ce que la chimie précise toujours.

Il sera nécessaire d'arriver rapidement aux bains entiers, puisque ceux-ci seulement accroissent notablement les oxydations azotées, et qu'il semble y avoir parité chez les obèses par défaut entre les oxydations azotées et ternaires.

Jusqu'à un certain point, il semblerait même que les bains au quart pourraient être employés dans un but absolument contraire, puisqu'ils réduisent quelque peu la dépense en matières organiques, au moins dans le cas de M. Ganly, qui ne prit ces bains, il est vrai, que pendant trois jours. En effet, sous l'action des bains au quart, les matériaux organiques de l'urine ont été de 33,16; or la somme des matériaux azotés, urée, acide urique, matières extractives étant de 32,715, il reste comme différence 0,445 applicables aux principes organiques non azotés de l'urine. Avant le bain au quart, le chiffre des principes organiques non azotés était de 1,991; il semble donc qu'il y ait eu pendant les bains au quart une réduction dans la consommation des matières ternaires. Pendant le bain pur sel, les principes non azotés montent à 2,214, ce qui correspondrait à une augmentation dans la destruction des matières ternaires. Je soumets cette indication aux médecins hydrologues qui seuls sont à même de le vérifier.

XII

Je ne pense pas que personne conseille la balnéation chlorurée-sodique forte aux *goutteux*. Cependant, n'y a-t-il pas lieu d'insister sur l'influence que doit exercer une médication oxydante sur un état morbide, qui, quelle que soit l'idée pathogénique qu'on s'en fasse, est conditionné par un défaut de proportion entre la recette et la depense.

La clinique a démontré que les eaux chlorurées-sodiques fortes ne convenaient pas aux goutteux confirmés, et qu'on devait les réserver (dans quelques cas) aux lésions imparfaitement résolues qu'entretient la goutte chronique, quand ces lésions devenues passives ont cessé de s'accroître, et que les malades sont « fatigués », impuissants à réagir.

Cette indication est pleinement confirmée par la chimie des échanges. En effet, j'ai eu souvent l'occasion d'étudier la nutrition de goutteux chroniques et asthéniques, et je puis dire qu'elle se comporte comme celle d'un individu débilité et même cachectique. La densité de l'urine tombe à 1010 en moyenne, l'urée dépasse rarement 10 grammes par vingt-quatre heures, l'acide urique s'abaisse à 0 gr. 30, les matériaux solides tombent bien au-dessous de la normale. Et tandis que l'urine de la goutte aiguë nous représente un type de *nutrition accélérée*, nous voyons dans l'urine de la goutte chronique le tableau de la véritable *nutrition retardante*. C'est alors qu'il conviendra de relever l'activité nutritive, de simuler les oxydations, de favoriser l'élimination de l'acide urique, de tonifier le système nerveux, régulateur des échanges, toutes actions que réalise le bain demi-sel.

Cette action éliminatrice du bain demi-sel, joint au relèvement des oxydations, serait peut-être utilisable dans certains cas d'*uricémie* qu'il n'est pas impossible de déterminer. En dehors de toute surcharge alimentaire, les *arthritiques héréditaires* rendent fréquemment des urines chargées d'acide urique; que cet excès d'acide urique provienne de la désassimilation de tissus particuliers ou d'une élaboration défectueuse des matières albuminoïdes, il n'en est pas moins vrai que toute médicamentation qui relève l'activité vitale diminue sa formation, et obvie, par conséquent, au mode nutritif pathologique qui est le « substratum », la première étape des affections goutteuses.

C'est pour cela que la balnéation chlorurée-sodique devrait être utilisée, peut-être, pour modifier l'état constitutionnel antérieur aux manifestations uricémiques locales. Je sais que des essais faits dans ce sens ont paru donner de très bons résultats. En un mot, n'y aurait-il pas dans la balnéation chlorurée-sodique habilement maniée une médication préventive de la goutte chez les prédisposés héréditaires?

XIII

Le pouvoir oxydant de la balnéation chlorurée-sodique justifie son emploi dans certaines *auto-intoxications chroniques*.

J'ai démontré depuis longtemps que les produits d'hydratation, de dédoublement ou d'incomplète oxydation, sont peu solubles, difficilement éliminables et toxiques. M. le professeur Gautier, dans ses remarquables travaux sur les leucomaînes, a prouvé, d'autre part, que l'organisme n'avait à sa disposition que deux procédés pour se débarrasser de ces résidus pathogènes, à savoir les éliminer ou les brûler. Si les voies d'élimination sont relativement insuffisantes, il ne reste que l'oxydation, d'autant que la décharge permanente de ces résidus peut, à la longue, irriter les voies d'excrétion et créer des altération de seconde main dont la gravité n'est plus à démontrer. L'oxydation reste donc le procédé par excellence; elle transforme les résidus en produits solubles, facilement éliminables, dépourvus de toxicité.

La balnéation chlorurée-sodique, qui augmente le coefficient d'oxydation, qui diminue l'azote incomplètement oxydé des matières extractives azotées, dont l'action oxydante survit à la cessation des bains, sera donc avantageusement employée quand il s'agira de remédier aux *auto-intoxications d'origine gastro-intestinale* (dyspepsie lactique ou de fermentation, entérites chroniques), aux auto-intoxications résultant du *surmenage nerveux* et du *surmenage musculaire*.

De même, dans toutes les maladies où le rapport de l'acide phosphorique à l'azote total dépasse la normale, particulièrement chez un certain nombre de *neurasthéniques*, on pourra utiliser l'action d'épargne exercée par la balnéation chlorurée-sodique sur le système nerveux.

Les mêmes considérations sont applicables aux *troubles nerveux consécutifs aux maladies aiguës fébriles*, dans lesquels le système nerveux a subi des atteintes destructives que la chimie juge par une élimination exagérée de l'acide phosphorique ou du phosphore incomplètement oxydé.

On pourra objecter que dans les maladies fébriles, dans la fièvre typhoïde et la pneumonie, en particulier, l'acide phosphorique total et le rapport de l'acide phosphorique à l'azote de l'urée augmentent rarement assez pour que le mot de phosphaturie puisse être prononcé. Mais si un individu qui se nourrit bien, qui absorbe dans sa nourriture de 2 grammes à 3 gr. 5 d'acide phosphorique, ne saurait être considéré comme phosphaturique que s'il excrète plus de 3 gr. 5 d'acide phosphorique par jour, le fébricitant qui n'ingère que peu ou pas de phosphates et qui excrète en vingt-quatre heures 2 grammes ou 2 gr. 5 d'acide phosphorique est, à mes yeux, un vrai phosphaturique, puisqu'il ne trouve pas dans son alimentation de quoi compenser l'usure pathologique de ses tissus phosphorés. L'objection tombe donc d'elle-même et toute médication qui, restaurant l'activité nerveuse, fera pencher la balance nutritive du côté de l'assimilation, sera formellement indiquée, quand il s'agira de combattre les accidents auquels j'ai fait allusion plus haut. Or, c'est le cas de la balnéation chlorurée-sodique.

XIV

Il est encore une question que je voudrais soulever, c'est celle de l'emploi de la balnération chlorurée-sodique dans le traitement du *diabète*.

Si j'aborde ce sujet, c'est que plusieurs médecins fort distingués, ayant obtenu une diminution du sucre chez les diabétiques à la suite de cette médication, ne seraient pas éloignés de généraliser les résultats qu'ils ont constatés dans quelques cas particuliers. Or, il en est du diabète comme de l'anémie : la balnéation chlorurée-sodique conviendra peut-être à certains diabétiques, mais elle me paraît contre-indiquée chez le plus grand nombre, ainsi que je vais le prouver.

Je ne veux pas revenir sur la discussion qui a eu lieu à propos du diabète à l'Académie de médecine en 1888; qu'il suffise de dire que la doctrine que j'ai soutenue avec M. Germain Sée n'a point été entamée, appuyée qu'elle était sur des chiffres et sur des réactions chimiques, faciles à vérifier. Si, chez le diabétique, la désassimilation et l'oxydation azotée sont exagérées, si la preuve est faite que tous les actes chimiques de la nutrition sont accrus, sous l'influence d'une nutrition augmentée dans le système nerveux et dans le foie, à coup sûr, la balnéation chlorurée-sodique est contre-indiquée, elle, dont les effets sur la nutrition agissent précisément dans le même sens. La médication manifesterait du même côté que la maladie. Par conséquent, au début et dans la période d'activité du diabète, je ne crois pas à l'influence favorable de cette médication.

Mais voici un diabétique chez lequel, pour un motif quelconque, la nutrition fléchit, le système nerveux se fatigue ou s'épuise, l'urée diminue, le coefficient d'oxydation s'abaisse, le rapport de l'acide phosphorique à l'azote total tend à s'élever; il y a lieu de relever la vitalité de l'organisme, de restaurer le système nerveux; alors tout est changé : la balnéation chlorurée-sodique peut devenir un excellent moyen de relever la nutrition déchue, de débarrasser l'organisme des produits de désassimilation toxiques et peu solubles qui créent un danger nouveau, de rétablir les fonctions nerveuses. Gubler avait pressenti cette distinction, car il avait l'habitude d'envoyer aux eaux chlorurées-sodiques les malades de cette dernière catégorie, et je me souviens d'un de ses malades, président d'un tribunal de province, qui dut à la balnéation chlorurée-sodique une véritable résurrection.

XV

Aux *contre-indications* classiques de cette médication, l'étude qui précède en ajoute une autre, qui me paraît non moins urgente. Ce sont les états morbides qui s'accompagnent de grandes désassimilations, ou d'oxydations exagérées, quelle que soit d'ailleurs leur étiquette clinique.

Si la balnéation chlorurée-sodique peut relever l'activité vitale quand l'organisme doit faire les frais d'une lutte contre un élément morbide; si elle peut, dans ces circonstances, diminuer l'opportunité morbide, c'est à la condition que l'état d'infériorité de l'organisme provienne justement d'une nutrition insuffisante; au contraire, si cette opportunité morbide relève d'actes désassimilateurs ou oxydants trop actifs, cette médication n'aurait d'autre résultat que de diminuer encore la résistance du système et de mieux préparer le terrain à la maladie.

Je pourrais tirer encore d'autres conclusions des recherches chimiques qui servent de base à ce travail, mais les faits qui précèdent me paraissent amplement suffisants pour justifier

la thèse que j'ai voulu soutenir, et montrer qu'à côté des indications laborieusement édifiées par la clinique, la chimie de la nutrition peut créer, *pour ainsi dire a priori*, une voie nouvelle et féconde qui ouvre à la médecine thermale des horizons inattendus.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

ANÉVRISME DE L'ARTÈRE FÉMORALE DROITE. — EXTIRPATION DU SAC AVEC LIGATURE AU-DESSUS ET EN-DESSOUS. — HÉMORRHAGIE VIOLENTE APRÈS L'ENLÈVEMENT DU TUBE CONSTRICTEUR D'ESMARCH. — LIGATURE DES ARTÈRES FÉMORALE PROFONDE ET DES DEUX CIRCONFLEXES ET D'UNE VEINE FÉMORALE PROFONDE, AU NIVEAU DE SON ANASTOMOSE AVEC LA VEINE FÉMORALE COMMUNE. — GUÉRISON COMPLÈTE AVEC CONSERVATION DES FONCTIONS DU MEMBRE,

Par M. le Dr J. PEREIRA-GUIMARAÈS,
Professeur à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro, membre correspondant de la Société de chirurgie de Paris.

Le nommé F. do Amaral, Portugais, âgé de 53 ans, journalier, est entré à l'hôpital de la Société de Benificencia Portugaise, le 9 janvier 1890. C'est un individu de haute taille, assez fort, mais d'une intelligence très bornée. Il porte, au niveau de la face antérieure de la cuisse droite, une tumeur pulsatile, correspondant au siège de la fémorale superficielle et s'allongeant depuis 7 centimètres au-dessous du pli de l'aine, jusqu'à 5 centimètres au-dessous du point d'union du tiers moyen avec le tiers inférieur de la cuisse.

La tumeur a des mouvements de dilatation et des pulsations isochrones avec les pulsations artérielles, qui cessent lorsque l'on comprime l'artère fémorale au pli de l'aine. Pendant la compression, la tumeur devient dépressible et diminue de volume, pour revenir à l'état primitif dès que l'on suspend cette compression.

L'oreille armée ou non de sthétoscope permet d'entendre un bruit de souffle très intense et diastolique, dont on a aussi la sensation en plaçant la paume de la main sur la surface de la tumeur. La peau, qui recouvre celle-ci, n'a ni adhérence, ni rougeur, ni œdème.

En prenant la mesure des deux cuisses et de la tumeur, on arrive aux résultats suivants : 44 centimètres de longueur pour les deux cuisses, à partir de la partie médiane du ligament de Poupart jusqu'à la partie médiane de la face antérieure de la rotule; 56 centimètres de circonférence à la cuisse droite, au niveau de la partie la plus saillante de la tumeur, et 52 centimètres de circonférence de la cuisse gauche à la même hauteur. La tumeur avait 15 centimètres pour le diamètre vertical, 12 centimètres pour le diamètre transverse et 35 centimètres de circonférence.

Au dire du malade, la tumeur existait depuis six mois, et, lui survint, sans qu'il puisse l'attribuer à une violence ou à un excès de quelque nature que ce soit. Au commencement, la tumeur a été formée par une petite élevure; plus tard, pendant les derniers mois, elle se développa d'une façon tellement rapide que le malade a été contraint d'entrer à l'hôpital.

Quant aux antécédents du malade, il nous a raconté qu'il est au Brésil depuis l'âge de 12 ans; qu'ayant contracté une blennorrhagie et un bubon, il s'est bien soigné en guérissant complètement. Le malade a, en outre, l'habitude de s'adonner aux boissons alcooliques.

Après l'examen de la tumeur nous avons exploré les cavités principales et nous trouvâmes un peu d'athérome de l'aorte thoracique, des deux radiales et des temporales.

La description que nous venons de faire, démontre clairement qu'il s'agit d'un anévrisme très volumineux de la fémorale superficielle droite.

D'après notre pratique, nous soumettons le malade à l'iodure de potassium et à la compression digitale de l'artère, au pli de l'aine.

La compression fut exercée d'une façon continuelle, deux heures le matin et deux heures le soir, pendant dix-huit jours sans aucun résultat, de sorte que je l'ai abandonnée et je me suis décidé à faire l'extirpation du sac, avec ligature de l'artère au-dessus et au-dessous. Quant à l'iodure de potassium le malade s'en trouva très bien, car augmenté jusqu'à la dose de 6 grammes, ce médicament modifia avantageusement l'état de l'aorte, dont les battements devinrent moins violents, de même que le bruit de percussion.

Le 29 janvier. — L'opération étant décidé, nous fîmes placer le malade sur une table, et après l'avoir endormi par le chloroforme, nous appliquâmes autour du membre la bande d'Esmarch et au-dessus d'elle, au niveau de l'aine, le tube d'arrêt. La bande étant retirée et après le lavage de la région par du savon et de l'alcool, nous fîmes le long de la face antérieure de la tumeur, une incision qui commença immédiatement au-dessous du tube d'arrêt et s'étendit jusqu'à la limite du tiers moyen de la cuisse. Cette incision, de plus de 22 centimètres de longueur, intéressait la peau, le fascia superficiel et l'aponévrose fémorale, laissant à découvert la face antérieure de la tumeur et le muscle couturier qui était très aminci et élargi et recouvrait en partie la face antérieure du sac en y adhérant fortement. Avec le histouri, la sonde cannelée et le doigt, nous tâchâmes d'isoler le sac d'avec le couturier, que nous écartâmes en dehors. Dès que le sac fut mis à découvert, nous l'incisâmes longitudinalement pour le vider des caillots contenus dans sa cavité et en découvrir les orifices de communication avec la fémorale, que nous isolâmes en haut à 2 centimètres du sac et au-dessous à 3 centimètres, après avoir introduit un stylet aux deux orifices. Après cela nous passâmes un gros fil de catgut à chaque extrémité du vaisseau et fîmes la ligature de la portion inférieure, laissant la ligature supérieure pour la fin de l'opération. Ensuite nous coupâmes l'artère entre le sac et la ligature inférieure et procédâmes à l'isolement de ce sac lui-même, de has en haut. Pendant cette dissection nous trouvâmes un vaisseau artériel, qui était indépendant jusqu'à la jonction des deux cinquièmes inférieurs avec les trois cinquièmes supérieurs du sac et qui semblait se confondre avec celui-ci, à partir de là. Ce vaisseau qui n'était autre que la fémorale profonde, se confondait tellement avec la face postérieure du sac, quoiqu'il ne présentât aucune communication avec la cavité de celui-ci, que nous crûmes devoir le lier et le couper au-dessus de la ligature. Continuant à disséquer la tumeur, nous parvînmes à la détacher jusqu'à sa continuation avec la partie supérieure de la fémorale. Ce travail a été fort laborieux, mais grâce à lui il nous fut possible de détacher le nerf saphène interne, plusieurs branches du crural et la veine fémorale. Nous fîmes aussi la ligature d'une grosse veine, la fémorale profonde qui adhérait à la face postérieure du sac. Dès que la tumeur a été détachée, à sa partie supérieure, nous liâmes la fémorale à 2 centimètres au-dessus de son point d'émergence, nous divisâmes le vaisseau entre la ligature et le sac nous complétâmes l'extirpation de celui-ci. Après, nous suspendîmes la constriction exercée par le tube d'arrêt, mais avant de le faire, nous chargeâmes un

aide de comprimer la fémorale, au pli de l'aine, parce que nous craignions une hémorrhagie, n'étant pas tout à fait sûrs, quant à la constitution des tissus qui adhéraient à la partie postéro-supérieure de la tumeur, qui s'étaient rétractés lors de la division du sac, sous l'angle supérieur de l'incision et pourtant du tube constricteur. Au moment où celui-ci fut retiré et malgré la compression, il survint une violente hémorrhagie fournie par trois bonches artérielles et une bonche veineuse. Nous appliquâmes sur-le-champ l'extrémité des doigts de la main droite et par dessus ceux-ci les doigts de l'autre main, sur le foyer hémorrhagique, de sorte que l'écoulement sanguin s'arrêta net. Ensuite nous retirâmes successivement les doigts qui furent remplacés par des pinces et à l'aide de celles-ci nous liâmes avec du gros catgut les trois artères qui étaient la fémorale profonde et les deux circonflexes. Craignant encore quelque surprise nous prolongeâmes l'incision en haut et jetâmes une ligature sur la fémorale profonde à 2 centimètres et demi au-dessous de l'arcade fémorale. Quant à la veine, comme elle avait été coupée tout près de son abouchement avec la fémorale commune nous ne parvîmes à la lier qu'après deux tentatives inutiles, le lien se détachant de lui-même, et pour réussir il a fallu appliquer la ligature un peu sur la partie latérale du tronc principal, dont nous cherchions à éviter la ligature, craignant la gangrène pour le membre.

L'opération avait duré près de trois heures, et le malade se trouvait dans un tel état de faiblesse et menacé à chaque instant de syncopes, qu'il a fallu lui faire inhaler de l'ammoniaque et lui appliquer trois seringues d'éther, du café et du vin.

Le pansement consista dans la réunion de la plaie, par douze points de suture de soie, par l'application d'iodoforme, de compresses de gaze et de coton phéniqués, de chaque côté de la plaie, pour en rapprocher les parois et éviter le drainage. Puis, tout a été recouvert de gaze et de ouate, et maintenu par une bande de gaze. Le membre a été placé dans une gouttière et contre la face plantaire du pied et de chaque côte de la jambe, nous avons fait placer des bouteilles remplies d'eau chaude et des briques chauffées.

Nous avons ordonné la potion ci-dessous :

Eau dist	} ana 60 grammes	
Viu de Porto......		
Sirop de fl. d'orang.	30	»
Teint. de quinquina.......	8	»
Teint. de cannelle	4	»
Carb. d'ammoniaque.......	1	»

(Par cuillerées à soupe).

La température axillaire, relevée immédiatement après l'opération, était de 37° et le pouls petit et très fréquent battait 96 fois par minute. Le soir, nous trouvâmes le malade un peu plus ranimé, la température à 37°,2, le pouls à 102 pulsations et plus plein que le matin.

Le 30 janvier. — Température, le matin, 37°,1; le soir, 38°; pouls, le matin, 80 pulsations; le soir, 84 puls. Le malade se sent mieux, il a le pouls, quoique encore assez fréquent, plus plein qu'hier. La langue est recouverte d'un enduit blanchâtre et assez épais. La température observée aux membres inférieurs est à 37° autant d'un côté que de l'autre. Ordonnance : Magnésie fluide de Murray, aux demi-calices. Sulfate de quinine, 1 gr., en deux doses.

Le 31. — Température axillaire, le matin, 37°, le soir, 37°2, la nuit, 37°9; température aux deux membres, 37°; pouls, le matin, 90 pulsations; le soir, 96. La langue est encore recouverte d'enduit. Constipation. 50 gr. de sulfate de sonde; sulfate de quinine, 1 gr.

1er février. — Température, le matin, 37°1; le soir, 37°3. Température locale, 37°; pouls, le matin, 84, le soir, 84. Le malade est allé plusieurs fois à la selle; langue encore un peu chargée.

Le pansement est humecte, mais sans odeur désagréable. Magnésie fluide de Murray. Sulfate de quinine, 1 gr.

Nous suspendons l'emploi des briques et des bouteilles d'eau chaude. Poulet.

Le 2. — Température : le matin, 37°2; le soir, 38°.

Le malade est très content; le pouls est fort et bat 76 fois par minute le matin et 78 le soir, Sulfate de quinine, 1 gr. On permet au malade un potage et de la viande rôtie.

Le 3. — Temp., le matin; 38°, le soir, 38°, Pouls : le matin, 80, le soir, 84. Antipyrine, 1 gr., en deux fois. Sulf. de quinine, 1 gr. Deux paquets arsénicaux de Bondin.

Le 4. — Temp., le matin, 37°,3, le soir, 37°1. Pouls : le matin, 90, le soir, 86.

Nous trouvons le malade abattu, découragé et apathique.

Quoique le pansement n'ait aucune odeur, nous l'enlevons et nous trouvons la plaie unie par première intention dans presque toute son étendue, excepté à l'angle inférieur. Il y a un peu de fluctuation en dedans. La compression exercée sur ce point là, fait sortir par l'angle inférieur de la plaie, quelques grammes de sang liquide et noir ayant l'odeur d'iodoforme.

Pour éviter la reproduction du liquide et sa stagnation nous détachons les deux points inférieurs de la suture et nous désunissons un peu la plaie. Des compresses sont appliquées sur la partie décollée et le pansement est complété par le traitement antiseptique.

Après le pansement, le malade se ranime un peu. Sulfate de quinine, un demi-gramme. Quatre paquets de Boudin. Deux pilules d'un demi-milligr. de sulfate neutre de strychnine. Deux calices de vin de quinquina.

Le 5. — Temp., le matin, 37°,2, le soir, 37°. Pouls : le matin, 76, le soir, 74. Le malade plus ranimé. Même médication. Pansement en bon état.

Du 7 au 13. — Temp. toujours normale (37°2). Pansement renouvelé trois fois et la dernière fois (le 13), je détache tous les points de suture qui restaient. Plaie cicatrisée en haut. Aucun décollement.

Le 23. — Tout va bien. Pansements renouvelés de trois en trois jours. Pas de suppuration, à peine un peu de sérosité jaunâtre. Plaie parfaitement cicatrisée.

— Du 26 février au 5 mars. Le malade se trouvait très bien lorsque le 26 février il a été pris du délire alcoolique, s'exacerbant vers le soir et qui céda à des doses d'eau-de-vie, boisson à laquelle le malade était très habitué.

27 mai. — Le malade est complètement guéri; il marche parfaitement à son aise, et malgré la longueur de la cicatrice, il n'a aucun trouble ni gêne des fonctions du membre.

Examen de la tumeur. — En examinant la tumeur qui était déjà ouverte, grâce à l'incision que nous avions pratiquée, pendant l'opération, nous avons constaté qu'elle se continuait par ses extrémités aux deux bouts de l'artère fémorale superficielle, dont le bout supérieur avait 2 centimètres de longueur et le bout inférieur 3 centimètres. Ces deux tronçons artériels étaient sains, de sorte que la ligature avait été convenablement appliquée.

Dans l'intérieur du sac, nous trouvâmes une couche très mince de caillots fibrineux, couleur blanchâtre, qu'on pouvait détacher facilement. Outre les deux orifices supérieur et inférieur, on n'en découvrait aucun autre.

En étudiant la surface externe du sac, nous avons remar-

qué : 1° à sa partie antérieure, tout près de son extrémité inférieure, un petit tronçon d'un vaisseau artériel, à lumière assez rédnite, mais dont la communication avec le sac s'était oblitérée. Ce vaisseau ne pouvait être que la grande anastomotique qui s'était oblitérée; 2° à la face postérieure et à partir de l'extrémité inférieure vers l'extrémité supérieure, un segment d'une artère assez volumineuse, de 5 centimètres de longueur, laquelle, indépendante du sac, dans toute cette extension; semblait se confondre avec lui, au niveau de la jonction des deux cinquièmes inférieurs avec les trois cinquièmes supérieurs. Un stylet, introduit par l'orifice de ce vaisseau, pénétra dans son intérieur et sortit à la partie postéro-supérieure du sac, par un orifice qui se trouvait en ce point-là. Cette exploration nous donna la conviction que nous nous trouvions en face d'une artère perméable dans tout son trajet et qui, d'après sa situation, n'était que l'artère fémorale profonde, libre à ses extrémités, mais confondue à sa partie médiane avec la paroi postérieure du sac, par suite de l'existence d'une toile membraneuse, de nature conjonctive, qui enveloppait le sac et appliquait l'artère contre lui. Une incision longitudinale, faite sur cette membrane, le long de l'artère, démontra l'indépendance complète de celle-ci d'avec le sac; 3° un segment veineux, appartenant à la veine, que nous avions coupée pendant l'acte opératoire et qui avait été un des facteurs de l'hémorrhagie qui faillit emporter le malade; 4° le sac avait une paroi très épaisse et semblait n'être que le résultat d'une dilatation uniforme de la paroi artérielle.

Réflexions. — L'observation que nous venons de rapporter, est une contribution de plus en faveur de la croisade qui se lève à présent, au sujet de l'extirpation des anévrismes, avec ligature au-dessus et au-dessous du sac.

Quoique dans notre cas nous ayons eu à lutter contre une forte hémorrhagie, accident terrible, survenant après que nous eûmes enlevé le tube d'Esmarch, la guérison s'ensuivit néanmoins de la façon la plus complète, sans aucune complication pendant le traitement, ni aucune conséquence désagréable du côté de la motilité et de la sensibilité.

Dans le très remarquable travail de M. Delbet (1), apologiste enthousiaste de l'extirpation des anévrysmes, cet auteur s'exprime de la façon suivante :

— « En somme, les guérisons données par l'extirpation sont plus complètes que celles obtenues par la ligature. Si le malade survit à l'extirpation, s'il échappe à la gangrène, aux hémorrhagies secondaires, — et les cas de mort, de gangrène et d'hémorrhagie sont moins fréquents après l'extirpation qu'après la ligature, — la guérison est certaine parce que le sac est enlevé; elle est complète parce que les troubles d'origine nerveuse sont supprimés. En un mot, la cure est radicale. »

A l'appui de cette proposition M. Delbet a cité des statistiques, comprenant un nombre considérable de cas d'anévrismes externes. Cependant, nous sommes convaincus que dans tous les cas où il n'y a pas de contre-indication constituée par artérite, menace de rupture du sac, l'on doit commencer le traitement par la compression indirecte et l'iodure de potassium, dont les doses seront augmentées progressivement. Par ces moyens, on peut obtenir quelques guérisons et dans le cas contraire, on prépare la circulation collatérale et on modifie l'état des artères.

C'est la pratique que nous suivons depuis longtemps dans le traitement des anévrismes externes, les accidents qu'on attribue à la compression étant trop rares pour nous faire abandonner cette excellente méthode curative.

(1) *Revue de chirurgie*, 1888.

Chez notre malade, si la compression n'a eu aucune action sur la tumeur, on ne peut s'empêcher de reconnaître que l'administration de l'iodure de potassium a eu un grand avantage, celui de modifier considérablement les conditions de l'arbre circulatoire.

Malgré l'hémorrhagie qui se produisit chez notre malade, nous ne sommes pas loin d'abandonner la ligature à distance et de lui préférer la méthode si hautement préconisée par M. Delbet. L'hémorrhagie eut pu être évitée dans ce cas si, au lieu de nous servir de la bande d'Esmarch, en égard au siège de la tumeur, tout près de la racine du membre, nous avions découvert l'artère au-dessus de la tumeur et si nous l'avions divisée entre deux ligatures, après élévation du membre et compression préalable du vaisseau, au niveau du pli de l'aine, pour vider le sac autant que possible du sang contenu dans sa cavité. Le reste de l'opération se faisait par dissection du sac et ligature des vaisseaux qui se seraient présentés. En procédant de la sorte, on aurait évité la division des deux circonflexes, dont les battements eussent servi à les reconnaître et à les faire isoler du sac, auquel elles adhéraient en haut et en arrière. La division de la veine fémorale profonde tout près de son anastomose avec la veine principale aurait été évitée également.

Néanmoins, nous sommes loin de condamner l'emploi de la bande d'Esmarch, mais nous ne l'acceptons que pour les anévrismes plus éloignés de la racine du membre. La bande, dans ce cas-là, nous permettra d'opérer à sec et dans les cas d'hémorrhagie, après l'enlèvement du tube d'arrêt, rien n'empêchera de réappliquer celui-ci.

En somme, pour conclure, nous croyons devoir faire ressortir :

1° L'importance du fait, car il s'agit d'une extirpation d'un anévrisme très volumineux, avec ligature au-dessus et au-dessous du sac.

2° Sa rareté, quant au siége de tumeur. C'est la troisième opération où le procédé de l'extirpation ait été appliqué à un anévrisme de la fémorale. M. Delbet, dans sa statistique, ne rapporte que deux opérations de ce genre, dont l'une appartient à Buchanan et l'autre à Warren Collins.

3° Le fait de la division des artères fémorales profonde et circonflexes, par suite de leur adhérence avec la paroi postérieure et l'extrémité supérieure du sac, et que j'aurais pu éviter si je ne m'étais pas servi de l'hémostasie préalable, avec la bande d'Esmarch. Cependant la blessure de vaisseaux pendant l'opération que j'ai pratiquée n'est pas un fait isolé. Buchanan blessa et dut lier la fémorale profonde et Warren Collins, en liant l'artère fémorale, lia aussi la veine, ce qui permit néanmoins au malade de guérir sans accident, et l'on n'ignore pas que la ligature de la veine fémorale peut occasionner la gangrène du membre.

4° La conservation de tous les nerfs de la région, parmi lesquels on détache le nerf saphène interne et quelques autres branches du nerf crural.

5° L'utilité de commencer le traitement des anévrismes externes par la compression à distance et l'iodure de potassium, les doses de cette substance devant être augmentées jusqu'à tolérance du malade.

6° L'exclusion de la bande d'Esmarch dans tous les cas où l'anévrisme siégera tout près de la racine du membre.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. — Action du bleu de méthyle dans la malaria, par P. Guttmann et P. Ehrlich (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1891, n° 39, p. 953.)

II. — Sur l'action thérapeutique de l'orexine, par M. Matthes (*Munchener medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 25.)

III. — Sur l'emploi du calomel dans les affections des voies biliaires, par le prof. Sacharjin. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1891, n° 25, p. 604.)

IV. — Sur le traitement de l'ileus, par le Dr Aufrecht. (*Therapeutische Monatshefte*, août 1891, fasc. 8, p. 421.

V. — Le traitement de la pérityphlite, par le Dr Vollert. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 33, p. 988 et n° 34, p. 1013.)

VI. — Le traitement de l'érysipèle, par le Dr G. Klein. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1891, n° 39, p. 959.)

I. — Le bleu de méthyle est la matière colorante qui convient le mieux pour la coloration des plasmodies de la malaria. D'autre part, l'expérience a démontré que le bleu de méthylène, injecté dans le sang, agit sur les globules rouges, et que, notamment chez les espèces dont les hématies sont pourvues d'un noyau celui-ci s'imprègne de matière colorante. S'inspirant de cette double notion, et se fondant sur l'innocuité du bleu de méthylène, MM. Guttmann et Ehrlich ont eu l'idée d'expérimenter l'emploi de cette substance dans le traitement de la malaria. Ils annoncent que les résultats obtenus ont répondu à leurs attentes, « que le bleu de méthyle exerce une action très franche contre la malaria. Les accès de fièvre se dissipent dès les premiers jours de l'emploi du bleu de méthyle, et après huit jours au plus, les plasmodies disparaissent du sang. » Il est vrai de dire qu'en raison de la rareté des fièvres paludéennes à Berlin, ces résultats n'ont été constatés jusqu'ici que dans deux cas, dont les auteurs donnent la relation détaillée. Le bleu de méthylène a été administré par doses de 0 gr. 5, administrées en une seule fois, ou par prises de 0 gr. 1 se suivant à des intervalles de une à trois heures. Le médicament (bleu de méthyle pur, médicinal) était enrobé dans des capsules gélatineuses contenant chacune 0 gr. 1 de substance médicamenteuse. L'ingestion du médicament commençait dix ou douze heures avant le moment présumé de l'accès de fièvre, et le traitement était continué pendant huit ou dix jours au moins après la cessation des accès fébriles. La médication n'a jamais entraîné d'effets fâcheux susceptibles d'inspirer des inquiétudes sérieuses; son usage détermine du spasme vésical qu'on réussit à prévenir en administrant au malade, de la noix muscade pulvérisée (la valeur de plusieurs pointes de couteau dans le courant de la journée). Les deux auteurs ont constaté aussi que pendant la durée du traitement, la sécrétion urinaire augmente; les urines sont colorées en bleu foncé. De même, les matières fécales, sitôt qu'elles viennent au contact de l'air, se colorent en bleu.

Les deux auteurs ne peuvent encore se prononcer sur la question de savoir si les guérisons obtenues avec le bleu de méthyle sont durables. Enfin, ils se sont demandés si, dans le traitement des fièvres palustres tropicales si souvent rebelles à la médication quinique, on n'obtiendra pas des résultats plus sûrs en associant le bleu de méthyle à la quinine.

II. — Des expériences qu'il a faites avec le chlorhydrate d'orexine l'auteur conclut qu'on peut attendre des effets salutaires de ce médicament employé à titre d'apéritif, dans les cas de chlorose, d'anémie, de dyspepsie neurasthénique sans hyperacidité concomitante, de bronchite chronique, de lésion organique du cœur.

Par contre, le médicament est inefficace dans les maladies qui s'accompagnent de lésions destructives de la muqueuse de l'estomac, dans celles qui s'accompagnent d'hyperacidité du suc gastrique, enfin dans les cas de consomption grave.

III. — Dans un précédent travail, le professeur Sacharpin avait montré que l'emploi du calomel est spécialement indiqué contre deux affections des voies biliaires et du foie : les coliques hépatiques, principalement quand elles se compliquent de fièvre, et la cirrhose hypertrophique. En se basant sur les résultats de nouvelles observations, l'auteur croit devoir élargir le cercle de ces indications, et d'y faire entrer tous les cas de lithiase biliaire et ceux d'ictère catharrhale : lorsque, dans les affections sus-dites, le régime, la balnéation chaude, l'emploi des eaux minérales appropriées ne prouvent qu'une amélioration lente, lorsque la région de la vésicule biliaire ou la région du foie est le siège d'un endolorissement continu, il faut suspendre l'emploi des eaux minérales et recourir au calomel, pour, ensuite, de nouveau reprendre les eaux minérales, et ainsi de suite.

Le calomel doit être prescrit à la dose quotidienne de 7 centigrammes, répartie entre sept prises, dont les cinq premières sont à prendre d'heure en heure, et les deux autres, toutes les deux heures.

IV. — Le lavage de l'estomac est connu pour être souvent efficace dans les cas d'occlusion intestinale. Aufrecht a pu se convaincre qu'il existe surtout deux indications à l'emploi de ce remède. La première et la plus importante se trouve réalisée, quand l'estomac est distendu par des gaz, et que le malade n'a pas de vomissements ou que les vomissements se sont arrêtés brusquement. Il en est ainsi, d'après les observations faites par Aufrecht, dans le cinquième environ des cas. La suppression des vomissements en pareilles circonstances s'explique sans difficulté, elle est due à ce que les intestins distendus ayant refoulé l'estomac, l'œsophage se trouve comprimé contre le rebord du trou œsophagien du diaphragme, et sa lumière se trouve oblitérée. Aussi, dès qu'on a fait pénétrer la sonde dans l'estomac, il s'en échappe immédiatement une grande quantité de liquide et de gaz, et souvent l'introduction de la sonde suffit pour donner une amélioration considérable, sans qu'il soit besoin de recourir au lavage.

Une seconde indication se trouve réalisée par la survenance de vomissements fécaloïdes. Dans ces cas, le lavage débarrasse l'estomac de son contenu anormal, dont l'action délétère s'exerce à la fois localement et après absorption.

Dans les autres cas d'occlusion intestinale, il est superflu de recourir au lavage de l'estomac; par contre Anfrecht plaide pour l'emploi, sans exclusion, de la morphine administrée par voie hypodermique, à la dose de 1 à 3 centigrammes, trois ou quatre fois par jour. La première donnée du traitement de l'occlusion intestinale est, d'après Aufrecht, de débarrasser le malade de ses douleurs; car on possède alors la preuve certaine que ses mouvements péristaltiques s'exécutent d'une façon aussi normale que possible. L'administration interne de l'opium et de la morphine est à rejeter, car l'action de ces médicaments administrés par cette voie est lente, et on ne sait jamais quelle quantité il en reste dans le corps, quand le malade a des vomissements.

M. Anfrecht renonce également à l'emploi des grands lavements, qui ne peuvent avoir quelque utilité que dans les premiers jours de la maladie.

Enfin, dans deux cas, il a pratiqué des ponctions intestinales sans grands résultats d'ailleurs.

V. — Voici, d'après Vollert, la règle de conduite adoptée à la clinique du prof. Nothnagel, de Vienne, pour les cas de pérityphlite :

Dans les cas récents, on a recours à la médication antiphlogistique. On applique une dizaine de sangsues, puis de la glace, ou encore un appareil réfrigérant. Quand les applications froides sont mal tolérées, on a recours aux applications de Piessnitz, ou encore aux applications de cataplasmes. Un peu plus tard, on fait des badigeonnages de collodion à l'iodoforme, ou d'un mélange à parties égales de teinture d'iode et de noix de Galle, des frictions au savon noir, si la résorption de l'exsudat tarde à s'effectuer. En outre, on prescrit à l'intérieur un tonique tel que la teinture de quina composée. Quand le malade éprouve des souffrances vives, on lui pratique des injections de morphine.

Une fois passée la phase inflammatoire, si les selles spontanées font défaut, on prescrit des lavements ou une eau laxative. S'il subsiste de l'endolorissement, on fait du massage avec les mains enduites de savon noir.

Dans les cas de pérityphlite et de paratyphlyte de vieille date, ou quand il existe des exsudats lents à se résorber, les applications de cataplasmes, de compresses imprégnées d'eau salée chaude, les bains chlorurés sodiques chauds et les bains de boue sont indiquées; le massage est également utile dans les mêmes circonstances.

L'intervention opératoire n'est réellement indiquée que lorsque l'existence d'une collection purulente n'est plus douteuse. Il ne faut pas recourir à l'incision dans les premiers jours d'une pérityphlite récente, car, dans beaucoup de cas, on voit des symptômes aigus du début rétrocéder rapidement en dehors de toute intervention active. Mais si l'on en vient à diagnostiquer un exsudat à évolution chronique, qui reste sans changement, qui s'accompagne de fièvre, il y a lieu d'opérer, et il en est de même chaque fois qu'on se trouve en présence d'une collection de pus. Se prêtent particulièrement bien à l'intervention opératoire les cas ou le foyer purulent est bien circonscrit, enkysté. Quand l'appendice iléo-cæcal est perforé, il faut procéder à sa résection s'il n'est pas soudé par des adhérences au cœcum, au mésentère ou aux anses intestinales.

Voici d'autre part la statistique des cas de pérityphlite traités dans le service de Nothnagel en l'espace de huit années :

Nombre des cas	65
(Hommes, 55; femmes, 10).	
Guérisons	34
Améliorations	25
Non guéris	2
Morts	3
Résultat inconnu	1

Dans les trois cas terminés par la mort, la terminaison fatale a été amenée par une perforation de l'appendice iléo-cœcal.

VI. — M. Klein préconise l'emploi de l'ichthyol dans le traitement de l'érysipèle. Il ne s'est pas fait faute de reconnaître que ce n'est pas toujours chose facile d'apprécier d'une façon sûre l'efficacité d'une médication contre cette maladie, dont la durée oscille entre des limites assez étendues, et dont l'évolution est sujette à des variations assez grandes. Pour se mettre autant que possible en garde contre les illusions si fréquente en thérapeutiques l'auteur n'a basé son jugement que sur les résultats obtenus dans les cas graves d'érysipèle qu'il a traités par la médication en question ; voici ce qu'il arrive à conclure :

1° L'ichthyol exerce indubitablement une action contrariante sur le développement du microcoque de l'érysipèle dans la peau, soit à la faveur de l'action réductrice qu'il excerce sur les tissus, soit en vertu d'une influence directe exercée sur le microrganisme pathogène, ou par ces deux mécanismes à la fois ;

2° Le traitement par l'ichthyol abrège de moitié la durée moyenne de l'érysipèle ;

3° La durée du traitement est en moyenne de trois à quatre jours; c'est aussi la durée des cas d'érysipèle ;

4° Sous l'influence de l ichtyol, l'érysipèle suit une marche beaucoup plus bénigne, ainsi qu'il résulte des modifications imprimées au type de la fièvre, ainsi que des abaissements fréquents de la température fébrile matutinale et vespérale.

E. RICKLIN.

BULLETIN

A PROPOS DU DIABÈTE

De la séance académique de mardi, nous ne voulons retenir aujourd'hui que l'importante présentation de M. Lancereaux, qui a suscité à nouveau la question toujours pendante de la pathogénie du diabète. Dans le domaine de la pathologie, il est peu de sujets qui aient suscité autant de travaux que celui-là : on pourrait avec eux composer une riche bibliothèque médicale. Cela veut-il dire que ce sujet soit épuisé, et que la question visée plus haut doive être considérée désormais comme résolue ? Une réponse simplement affirmative ne paraît guère autorisée, en dépit des recherches entreprises de tous côtés et des acquisitions importantes qui ont été réalisées dans ces derniers temps. A preuve la discussion qui a eu lieu l'autre jour, discussion qui laisse entrevoir une divergence de vues notable et un désaccord trop réel entre les savants les plus compétents, quand il s'agit d'expliquer l'origine et la nature de la maladie. Et d'abord on peut se demander s'il est bon de multiplier les variétés de diabète et de conserver des divisions qui tendent à consacrer autant d'espèces nosologiques distinctes, dont l'admission en pathologie ferait ainsi autant de maladies différentes. Ce serait peut-être une faute que d'accepter définitivement ce morcellement, qui ne vise à rien moins qu'à rompre l'unité de la maladie, sans profit réel pour la thérapeutique, but suprême des aspirations du médecin. Ainsi, on ne voit plus guère l'utilité qu'il peut y avoir à maintenir désormais la traditionnelle distinction entre la glycosurie et la diabète, car il est souvent fort difficile de savoir où finit l'une et où commence l'autre, et, en clinique, il n'est pas toujours aisé de séparer le symptôme de la maladie. Telle déperdition de sucre, constatée à la suite d'un ébranlement moral et interprétée comme une simple glycosurie, s'affirme plus tard comme un diabète véritable, de par son évolution et ses conséquences ultérieures. En effet, la durée de cette glycosurie et les accidents qui peuvent la compliquer ne diffèrent en rien de ce qui caractérise le diabète *type* des gros mangeurs et des goutteux. La science possède un certain nombre d'exemples de ces glycosuries réputées d'abord passagères et qui ont abouti rapidement à des phénomènes graves, à une dénutrition profonde, finalement à une terminaison mortelle, au point que ces cas mériteraient de prendre place auprès du diabète pancréa-

tique de M. Lancereaux, qui se caractérise précisément par cette même évolution. L'analogie est telle qne, par une induction légitime, on pourrait se demander si le diabète pancréatique n'est pas une simple modalité du diabète dit *nerveux*, et si ces deux variétés ne sont pas identiques quant au fond, la cause première de l'une et de l'autre résidant primitivement au niveau de quelque partie importante du systéme nervenx.

Cette dernière interprétation est conforme à celle que M. Lancereaux lui-même paraît disposé à accepter, tout en n'y souscrivant qu'avec une prudente réserve. M. Semmola lui semble également favorable, après les expériences remarquables d'un physiologiste italien qui a reconnn positivement des altérations nerveuses ascendantes à la suite de l'ablation du pancréas. Comment cette ablation, qui supprime un organe en apparence étranger au systéme nerveux, peut-elle engendrer le diabète? La question reste à résoudre; et néanmoins on est fondé à croire que la lésion du plexus cardiaque, au milieu duquel le pancréas est pour ainsi dire immergé, que la destruction des filets nerveux de ce plexus, véritable centre nerveux abdominal, est pour quelque chose dans ce remarquable résultat. La genèse du diabète ainsi créé serait donc légitimement comparable à celle de la glycosurie expérimentale, telle que Cl. Bernard et tant d'autres après lui l'ont réalisée par la piqûre du 4e ventricule. Toujours est-il que la relation entre certaines altérations du pancréas et l'apparition d'un diabète maigre, à évolution rapide. est désormais un fait reconnu, établi et incontestable, un fait fondé à la fois sur l'observation clinique et sur les données de l'expérimentation. Le chien diabétique que M. Lancereaux a présenté l'autre jour à l'Académie nous paraît, à ce dernier point de vue, constituer une véritable démonstration à laquelle, pensons nous, il n'y a plus rien à ajouter.

Du reste il semble que cette qnestion du diabète soit destinée à rester longtemps encore, sinon toujours, remplie d'incertitudes et d'obscurités. Le fait qu'on observe cette maladie dans des conditions très différentes et souvent presque opposées, n'est pas pour dissiper notre ignorance sur bien des points qui la concernent. S'il est vrai, par exemple, qu'on l'observe fréquemment chez les gens riches, obèses, gros mangeurs, il est vrai aussi qu'elle se rencontre chez des individus qui vivent dans un état pour ainsi dire contraire, chez des pauvres, des indigents, dont l'existence est faite de privations. Vis-à-vis de cette dernière catégorie de cas, et pour expliquer ce qui est une sorte de contradiction, on a invoqué l'influence de l'hérédité. Mais cette explication ne fait que reculer la question, et en réalité celle-ci subsiste tout entière. Il én est dn diabète comme de la plupart des maladies humorales. Nous ne connaîtrons leurs causes que le jour où nous aurons pénétré le mécanisme des actes intimes de la nutrition et le point de départ des altérations qui font dévier ces actes de leur but primitif pour donner naissance à des produits anormaux et nuisibles. Nous sommes peut-être destinés ainsi à attendre longtemps encore la théorie définitive d'une maladie qui, plus que toute autre, a occupé les méditations des pathologistes : henreusement que nons possédons, en attendant, un certain nombre de notions thérapeutiques précises qui suffisent, dans la majorité des cas, pour nous permettre de faire que la glycosurie reste une simple manière d'être de l'individu, et pour l'empêcher de se transformer en maladie.

P. Muselier.

NOTES ET INFORMATIONS

La désinfection à domicile. — Le préfet de la Seine vient d'adresser aux médecins de Paris la circulaire suivante :

« En vue d'étendre et de développer les services que peuvent rendre les étuves de désinfection que la Ville de Paris a été amenée à créer dans ses établissements, je me suis préoccupé des moyens à employer pour porter ces créations à la connaissance de la population et lui permettre d'en profiter avec toutes les facilités possibles.

« J'ai pensé, Monsieur, qu'en raison même de votre situation, qui vous met en relations quotidiennes avec les familles, il vous serait facile de prêter à mon administration un très utile concours.

« Il vous suffirait, toutes les fois que vous auriez connaissance d'un cas de maladie infectieuse, d'expliquer et de faire comprendre aux représentants de la famille qu'il est de leur devoir et de leur intérêt de prendre toutes les mesures nécessaires pour empêcher la transmission des germes contagieux.

« Si, comme il arrivera sans doute le plus souvent, la famille consent à recourir aux étuves municipales de désinfection, il suffira soit de s'adresser aux mairies d'arrondissement, soit de détacher du carnet ci-joint une des cartes qu'il contient, et de la mettre à la poste, *sans affranchir*, après y avoir inscrit les indications nécessaires.

« Par les soins de mon Administration et aussitôt après la réception de l'avis transmis par vous, une voiture parfaitement close sera envoyée au domicile, pour prendre et envoyer à l'étuve municipale de désinfecion tous les objets, tels que linges, vêtements, rideaux, tapis, matelas, oreillers, édredons, couvertures, etc., etc., dont il y aurait lieu d'assurer l'assainissement Ces objets, après avoir été désinfectés, sont reportés à domicile dans des voitures spéciales et par un personnel distinct.

« Trois étuves municipales fonctionnent, dès maintenant, rue du Château-des-Rentiers, 71 (13e arrondissement), rue de Chaligny, 21 (12e arrondissement) et rue des Récollets, 6 *bis* (10e arrondissement).

« Dans le cas où vous croiriez devoir transmettre directement vos avis à l'un quelconque de ces établissements, satisfaction immédiate vous serait également donnée, mais il y aurait lieu de modifier la suscription de la carte postale et de *l'affranchir au moyen d'un timbre-poste de 20 centimes.*

« Lorsque votre carnet sera épuisé, vous n'aurez qu'à vous adresser à mon Administration *(Direction des affaires municipales, bureau central, 2, rue Lobau)*; il vous en sera délivré immédiatement de nouveaux exemplaires. »

NOUVELLES

Ecole de médecine de Nantes et de Tours. — Par arrêtés du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du 28 septembre 1891, des concours s'ouvriront :

1° Devant la Faculté de médecine de Paris, le 10 mai 1892, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes;

2° Devant la Faculté de médecine de Paris, le 10 mai 1892, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours;

3° A l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, le 4 avril 1892, pour l'emploi de chefs des travaux anatomiques et physiologiques à la dite école.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture de chacun desdits concours.

Concours dans les bourses de doctorat. — Par l'arrêté du 2 juillet 1884, l'ouverture du concours pour l'obtention des hourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facul-

tés mixtes de médecine et de pharmacie, le mardi 27 octobre 1891. Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le mardi, 20 octobre, à quatre heures.

Sont admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le 1er examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878.

Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicale ;

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le 1er examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques.

Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie ;

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la première partie du 2e examen probatoire.

Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie ;

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la seconde partie du 2e examen probatoire.

L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe.

Art. 4. — Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note *bien*, peuvent obtenir, sans concours, une bourse de première année.

— Par décision ministérielle du 29 septembre 1891, les médecins militaires dont les noms suivent ont été désignés, savoir :

Pour les troupes de l'armée de terre détachées au Tonkin et en Annam : MM. les médecins-majors de deuxième classe Baur, Poirier et Billet ; et M. le médecin aide-major de première classe Cardot.

Pour le 163e régiment d'infanterie : M. le médecin-major de première classe Leshros, M. le médecin-major de deuxième classe Mandoul, et M. le médecin aide-major de première classe Bosc.

— M. Powilewicz, médecin en chef de la Maternité du Havre, est chargé d'une mission en Angleterre, à l'effet d'étudier l'organisation et le fonctionnement des services de gynécologie et d'accouchement des hôpitaux de Londres.

— M. Jules Soller, attaché au service des Messageries maritimes, est chargé d'une mission en Australie et en Nouvelle-Calédonie, à l'effet d'y poursuivre des recherches anthropologiques et d'y recueillir des collections destinées au Muséum d'histoire naturelle.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès médical, Paris, 14, rue des Carmes.

Leçons cliniques sur les maladies mentales : Le délire chronique à évolution systématique), par V. Magnan. Recueillies par les Docteurs Journiac et Sérieux. — Volume in-18° de 117 pages. — Prix : 3 fr.

Leçons sur les localisations cérébrales, par D. Perrier, traduites par R. Sorel. — Volume in-8°, de 138 pages, avec 35 figures. — Prix : 3 fr.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE REDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. DE RANSE**

Membres : **MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

CHIRURGIE PRATIQUE

NOTE SUR UN PROCÉDÉ DE PALATOPLASTIE EN DEUX SÉANCES (1).

Par M. Polaillon.

Pour réparer les pertes de substance ou les divisions congénitales du voile du palais et de la voûte palatine, nous avons entre les mains un excellent procédé, c'est le procédé des lambeaux latéraux imaginé par Baizeau.

Deux incisions tracées d'avant en arrière, près des arcades dentaires, permettent de décoller la muqueuse de dehors en dedans jusqu'au niveau de la perte de substance, et de former ainsi deux lambeaux, en forme de pont, que l'on suture sur la ligne médiane.

Mais cette opération, dont la conception est si simple, est en réalité fort pénible pour l'opéré et pour l'opérateur.

L'opération est toujours longue, car il faut, dans plusieurs temps successifs, aviver les bords de la perte de substance ou de la fissure congénitale, pratiquer les incisions latérales, décoller la muqueuse, mobiliser les lambeaux et enfin faire la suture. L'ouvre-bouche doit maintenir l'écartement des mâchoires pendant une durée qui dépasse ordinairement une heure et demie. L'incision et le décollement de la muqueuse entraîne un écoulement de sang souvent considérable, qui dégénère quelquefois en hémorrhagie difficile à arrêter. Le sang inonde la bouche. Le patient suffoque. Il déglutit le sang ou l'expulse dans des quintes de toux. Les aides n'arrivent pas à étancher ce sang avec de petites éponges portées sur des pinces, afin que le chirurgien puisse voir ce qu'il fait.

L'écoulement du sang est un inconvénient si grand dans le cours d'une uranoplastie ou d'une staphylorrhaphie, que Trélat, qui pratiquait ces opérations avec prédilection et succès, plaçait ses opérés dans le décubitus dorsal, la tête en position déclive et le cou renversé en arrière sur le rebord de la table, de manière à ce que le sang tombât du côté des fosses nasales et évitât la glotte. Mais c'est là une attitude qu'on ne saurait recommander, parce qu'elle congestionne tous les vaisseaux de la tête et augmente la perte sanguine.

Si l'on ajoute enfin à l'embarras causé par le sang, la nécessité de chloroformiser les sujets, surtout quand ils sont jeunes et qu'ils se débattent contre le chirurgien, on conviendra que la restauration d'une voûte palatine et d'un voile du palais n'est pas une opération commode. Je l'ai vu devenir dangereuse par l'hémorrhagie d'une artère palatine chez un malade opéré par Gosselin, et il y a plusieurs faits où ce danger a été observé.

J'ai cherché à éviter ces inconvénients en pratiquant l'uranoplastie et la staphylorrhaphie en deux séances séparées par un intervalle de vingt-quatre ou de quarante-huit heures.

Dans la *première séance*, je trace les deux incisions latérales, et je décolle de chaque côté la muqueuse jusqu'à la perforation, en ayant soin de bien raser les os du palais. S'il y a hémorrhagie, je l'arrête par une compression plus ou moins prolongée, ou même par l'application d'une pince hémostatique. On borne donc à la confection des lambeaux en forme de pont l'acte chirurgical de la première séance, qui est très courte et est peu fatigante pour le patient.

Le lendemain ou le surlendemain a lieu la *seconde séance*. Les lambeaux se sont légèrement tuméfiés et tendent à se rapprocher naturellement sur la ligne médiane. J'avive alors les bords de la perte de substance. Et, comme le suintement sanguin est presque insignifiant, je pratique avec une grande facilité le temps si minutieux de la suture.

La division de l'opération en deux séances, permet de faire l'anesthésie par la cocaïne. Et, si l'on est obligé d'employer la chloroformisation chez les enfants ou chez les sujets timorés, celle-ci n'est plus compliquée par les suffocations dues à l'abondance de l'écoulement sanguin.

Je crois donc que cette manière de procéder réalise un progrès et qu'elle assure le succès de l'uranoplastie et de la staphylorrhaphie même dans les cas les plus difficiles.

Depuis l'année dernière, j'ai eu l'occasion d'appliquer cinq fois mon procédé : deux fois pour des perforations pathologiques dues à la syphilis, trois fois pour des divisions congénitales très étendues. Dans ces cinq cas, j'ai obtenu de beaux succès.

L'une des opérées a été présentée à la Société de chirurgie le 28 mai 1890. Il s'agissait d'une division congénitale de la voûte palatine et du voile du palais.

Voici en résumé trois autres faits :

1° Le premier est une femme de 50 ans, qui portait depuis treize ans, une perforation de la voûte du palais produite par une gomme syphilitique. La perte de substance avait presque deux centimètres dans le sens antéro-postérieur, et un centimètre et demi dans le sens transversal. Le 9 juillet, après avoir anesthésié la muqueuse avec la cocaïne, je pratique les

(1) Note lue à l'Académie de médecine le 1er septembre.

deux incisions latérales près des gencives, et je détache les deux lambeaux. Peu d'écoulement sanguin. Le 11 juillet, anesthésie avec la cocaïne. Avivement des bords de la perforation. Cinq points de suture avec des fils d'argent. La réunion est immédiate. Le 20 juillet, l'opérée quitte mon service de la Pitié.

2° Une jeune fille de 16 ans, était affectée d'une division congénitale du voile du palais et de la voûte palatine arrivant jusqu'à un centimètre des incisives. Le 25 avril 1891, anesthésie de la muqueuse avec la cocaïne. Incisions latérales s'étendant d'avant en arrière jusqu'au voile du palais. Décollement des deux lambeaux en forme de pont. L'écoulement sanguin est très abondant. Le 26 avril, anesthésie par le chloroforme. Avivement des bords de la fissure, qui se rapprochent naturellement. Suture facile. A partir du cinquième jour, je commence à enlever successivement les fils de la suture. La réunion est très complète et très solide. La sortie de l'hôpital a lieu le 10 mai.

3° Le nommé G... Arsène, âgé de 18 ans, présentait une division complète de la voûte palatine et du voile du palais, avec un bec de lièvre communiquant avec la narine gauche. Le bec de lièvre avait été opéré dans son enfance, mais le résultat était très défectueux.

La palato-plastie se présentait dans des conditions particulièrement difficiles, parce que l'écartement de la fissure était très grand et que la voûte osseuse manquait presque totalement.

Le 3 mai, anesthésie avec cocaïne, incisions latérales très près des gencives, et décollement de deux lambeaux latéraux.

Le 4 mai, anesthésie par le chloroforme, avivement des bords de la fissure, et suture d'avant en arrière avec neuf points de fil d'argent.

La réunion manque dans une petite étendue vers le milieu de la suture, parce que les lambeaux sont trop tiraillés.

Le 25 mai, nouvelle mobilisation des lambeaux latéraux.

Le 26 mai, suture de la petite perforation. Réunion immédiate sauf dans un petit point qui se ferme consécutivement par des cautérisations au nitrate d'argent.

Le 9 juillet, opération du bec de lièvre.

Actuellement, G... a une voûte palatine solide. Il est délivré des infirmités qui résultent d'une large communication des fosses nasales et de la bouche. Ce résultat heureux est certainement dû à notre nouvelle manière de procéder.

PATHOLOGIE MÉDICALE

LE MAL DE BRIGHT ÉPIDÉMIQUE ET LA SCARLATINE A OYONNAX ET DANS LES ENVIRONS

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

I

Les nombreuses observations de mal de Bright que nous recueillons depuis un certain temps nous semblent de nature à jeter quelque lumière sur l'étiologie de cette singulière maladie.

L'an dernier, dans la *Gazette médicale* du 27 septembre 1890, nous avons donné la relation d'une épidémie de mal de Bright aigu. Le médecin des épidémies, praticien fort distingué, M. le Dr Ducret, de Nantua, avait porté le diagnostic de scarlatine fruste.

Et cependant, après mûre réflexion, ce diagnostic ne nous avait pas satisfait. Il nous répugnait d'admettre une scarlatine fruste là où il n'existait pas de scarlatine vraie.

Trousseau, on le sait, a été le parrain de la scarlatine fruste.

Il avait été frappé par la constatation d'un fait : en temps d'épidémie scarlatineuse, nombre de malades, sans éruption préalable, présentaient des angines ou de l'anasarque.

Tel était le fait : mais de l'interprétation de ce fait, il avait tiré une hypothèse.

L'éruption, l'anasarque, l'angine devenaient pour le grand clinicien, les diverses manifestations de la scarlatine. L'angine et l'anasarque sans éruption étaient des scarlatines, mais des formes effacées de la scarlatine, des scarlatines frustes.

Et cependant Trousseau (1) hésitait en émettant cette hypothèse. « Ces faits me portèrent à penser », disait-il. Les successeurs de Trousseau n'ont pas eu ces doutes « ces faits établissent », ont-ils affirmé. L'hypothèse de la veille était devenue le dogme du lendemain.

Or, ce dogme de la scarlatine fruste ne paraît pas avoir été appuyé grandement par les faits que nous allons exposer.

De plus, le mal de Bright lui-même, par sa marche épidémique, a bouleversé tout ce que nous avions appris sur la nature de cette maladie.

Le lecteur jugera si nous avions raison d'être surpris.

II

Depuis plusieurs années, nous comptions un nombre assez grand de brightiques à Oyonnax et dans la région. Le pays montagneux où nous habitons, les brusques transitions de température et les refroidissements auxquels ces variations subites exposent, la découverte par ci par là d'un logement froid et humide, tels étaient les facteurs étiologiques, qui, pensions-nous, servaient d'introducteurs au mal de Bright.

Puis peu à peu, à la clarté des faits, voici que cette étiologie dégage pour nous une lumière nouvelle et nous ne sommes pas loin de considérer aujourd'hui le mal de Bright dans certaines formes du moins, comme une maladie infectieuse.

A la façon de la pneumonie, il frappe tantôt des individus isolés et tantôt règne épidémiquement. Mais en dehors de la scarlatine, ses épidémies sont fort rares et n'ont pas attiré, comme elles le méritaient, l'attention du monde scientifique.

A la fin de novembre 1889, on nous appelle à Géovresset, village de 134 habitants, éloigné de 4 kilomètres d'Oyonnax. Une femme de 48 ans (obs. I) était atteinte de mal de Bright aigu avec crises d'urémie dyspnéique fort graves. Dans le village, dans les communes voisines aucune maladie infectieuse, ni grippe, ni scarlatine, ni telle autre, n'était signalée. Aucune circonstance, si ce n'est peut-être la possibilité d'un refroidissement au retour d'une course, ne pouvait rendre compte de ce premier mal de Bright qui se termina par la guérison. Et voici, quinze jours plus tard, un homme de 55 ans (obs. II) qui n'avait pas rendu visite à la malade précédente et qui devient brightique à son tour. Il s'agissait, il est vrai, d'un artério-scléreux. Son aorte était dilatée ; mais l'albuminurie, l'oppression, l'œdème greffés sur sa maladie antérieure ne durèrent que quinze jours, au bout desquels il put reprendre ses occupations. On nous objectera que les maladies du système circulatoire peuvent entraîner semblables accidents. Nous répondrons qu'en ce cas, plutôt que la face, ce sont les membres inférieurs qui sont œdématiés, que notre malade n'avait aucun signe de néphrite interstitielle, et qu'en eût-il présenté,

(1) *Clin. médic.*, 4e édit., t. I, p. 174.

les deux malades suivants échappent à toute espèce d'objection de ce genre. Deux femmes, l'une de 52 ans (obs. III), l'autre de 42 ans (obs. IV), indemnes de toute tare artério-scléreuse contractent un mal de Bright aigu vers la même époque. Y avait-t-il eu contagion de l'une à l'autre, de la première aux suivantes? Dans un petit village toutes les femmes se fréquentent. La malade IV avait vu les malades I et III. Ses visites ont-elles été la cause de son mal de Bright? C'est possible, mais non démontré.

La première brightique avait été frappée en dehors de toute espèce de contagion possible. Le mal était né spontanément et sur place, ce qui indique, que si germe infectieux il y a, ce germe n'est en tous cas nullement porteur d'une feuille de route exotique.

Mais spontanéité ne signifie pas contagion impossible. La grippe et la pneumonie naissent spontanément; ce qui ne veut pas dire qu'elles ne se communiquent à l'occasion, à l'entourage des malades. Ce sont là des faits sur lesquels nous avons insisté dans d'autres publications.

Or, pendant que nous réfléchissions à la bizarre coïncidence de ces quatre maux de Bright, évoluant à quelques semaines d'intervalle, dans un petit village, voici venir l'épidémie de Martignat dont nous avons rendu compte dans la *Gazette médicale*.

La grippe venait de passer sur ce dernier village: elle n'était pas la cause du mal de Bright puisque certains brightiques n'avaient pas eu la grippe. A Martignat pas plus qu'à Géovresset, aucune scarlatine ne faisait parler d'elle. Quatorze malades tombaient brightiques en deux mois: l'un deux, une jeune fille de 17 ans, succombait au milieu d'accidents typhoïdiques semblables, comme nous l'avons vu, à ceux que l'on assigne à la néphrite bactérienne primitive. Les autres malades guérirent en quelques semaines; un certain nombre d'entre eux avaient souffert d'un mal de gorge initial qui avait fait porter au médecin des épidémies le diagnostic de scarlatine fruste.

La scarlatine s'attaquait à quelques personnes à plusieurs kilomètres de distance: pas un cas, avant, pendant ou après l'épidémie de mal de Bright ne fut constaté à Martignat.

De Martignat, le mal de Bright monte à un village au haut de la montagne qui domine cette localité. Il s'agit de la commune d'Apremont, bâtie à 900 mètres d'altitude. Les premiers cas de mal de Bright y pénètrent quand les derniers quittent Martignat. Les brightiques d'Apremont n'avaient été en rapport ni avec leurs collègues de Martignat, ni avec les scarlatineux d'Oyonnax. Dans l'intervalle de deux mois, quatre habitants d'Apremont viennent nous consulter pour des maux de tête et la bouffissure de leur figure. Une femme de 47 ans (obs. V), un homme de 44 ans (obs. VI), un autre de 30 ans (obs. VII), une jeune fille de 18 ans (obs. VIII) tombent successivement albuminuriques. L'un d'eux (obs. VII) soupçonne s'être refroidi en revenant du bois. Un autre a eu mal à la gorge au début (obs. II). Les symptômes consistent en maux de tête, douleurs dans les reins et au creux épigastrique, œdème plus ou moins généralisé, diarrhée (obs. V), bronchite (obs. VII), faiblesse très grande (obs. VI). L'un de ces malades refusant de suivre le régime lacté (obs. VI) a fini par succomber aux progrès de son affection.

On nous affirme que dans la même localité, deux jeunes gens, les jeunes S... et S..., âgés de 18 ans, ont présenté également de la bouffissure du visage. Ils ont guéri sans traitement.

Si nous suivons le chemin qui descend d'Apremont à Oyonnax, nous trouvons entre les deux localités un hameau appelé Geilles.

Or à Geilles, un homme de 50 ans (obs. IX) prend vers la même époque que les derniers brightiques d'Apremont (mai 1890) un mal de Bright hémorrhagique avec anurie, oppression vive, céphalalgie. Il guérit, mais, fait étrange, six mois plus tard, sa petite fille âgée de 10 ans (obs. X), contracte la même maladie. Y a-t-il eu contagion du père à la fille? Cette contagion dont nous avons déjà interprété la possibilité en parlant de nos malades de Géovresset, nous avait presque été démontrée à Martignat. Un frère devenait brightique à côté de sa sœur; une jeune fille de Lyon prenait dès son arrivée, le mal de Bright dont guérissait sa mère.

A Geilles plusieurs mois s'écoulent entre le mal de Bright du père et celui de la fille. Le germe infectieux répandu dans le logement est-il resté vivant dans cet intervalle de temps? Après une période de non activité, a-t-il récupéré sa virulence? ou, au contraire, l'immunité de l'enfant vis-à-vis du germe infectieux, a-t-elle disparu? En serait-il du mal de Bright comme de la pneumonie où, à plusieurs années de distance, cette dernière maladie sévit dans les mêmes logements, ainsi que nous l'avons démontré ailleurs?

Deux kilomètres seulement séparent Geilles d'Oyonnax. Franchissons cette distance.

Tandis que nous avons vu à Géovresset le mal de Bright sans scarlatine dans la région, tandis qu'à Martignat, à Apremont, à Geilles, le mal de Bright évolue sans scarlatine dans le village, mais que des cas de scarlatine sont signalés dans les localités distantes de plusieurs kilomètres, à Oyonnax, au contraire, la rencontre s'est effectuée entre les deux maladies: — scarlatine et mal de Bright marchent de front.

A Oyonnax, petite ville de 4,400 habitants; nous sommes médecin de Sociétés de secours mutuels, qui comprennent à peu près la totalité de la population. Il n'est donc pas de cas morbide qui nous échappe.

Or, nous avons traité 18 cas de scarlatine franche du mois de mars au mois d'octobre 1890, sans que nous ayons trouvé une contagion antérieure rendant compte des premiers cas.

Sur ces 18 malades (obs. XI à XXVII), qui concernaient particulièrement des enfants, 4 d'entre eux ont présenté un mal de Bright aigu survenant dans la convalescence (obs. XIII, XX, XXI, XXIII. Le refroidissement classique n'a pas été constaté comme le fauteur de cette complication.

Deux fois le mal de Bright s'est attaqué à des enfants habitant la même chambre (obs. XX, XXI) et, fait très important, la sœur de ces enfants, âgée de 11 ans (obs. XLII), au retour d'un village voisin où elle s'était réfugiée pour échapper à la contagion scarlatineuse, est prise de mal de Bright sans scarlatine à côté de ses sœurs convalescentes de scarlatine avec mal de Bright.

Toujours cette contagion du mal de Bright qui demande à être discutée, soit que cette maladie évolue isolément, comme à Martignat, Géovresset et Geilles, soit qu'elle s'accompagne de scarlatine, comme à Oyonnax.

A côté des formes franches de scarlatine, sévissaient des angines plus ou moins graves, des maux de Bright nombreux, toute la classe des scarlatines frustes de Trousseau.

L'une de ces angines a été compliquée de rhumatisme infectieux, d'endocardite mitrale passagère, de bubon suppuré du cou (obs. XXX).

Ces angines existaient chez les parents des scarlatineux et revêtaient la forme pseudo-diphthéritique dont avaient déjà souffert les enfants (obs. XXVIII), ou, au contraire, atteignaient les parents avant les enfants. Une femme d'une tren-

taine d'années (obs. XXIX) prend une angine pseudo-diphthéritique. Les deux enfants contractent la scarlatine et l'un d'eux succombe à un bubon suppuré du cou (obs. XVII).

Nous n'insistons pas sur la nature streptococcienne de ces angines pseudo-diphthéritiques, telle qu'elle a été établie par Sevestre et Chantemesse (1), toute notre attention devant se fixer sur le mal de Bright.

Or, de brightiques sans éruption, nous en comptons 18, certains d'entre eux ayant présenté en même temps une angine pseudo-diphthéritique (obs. XXXI), on, au contraire, un mal de gorge très atténué (obs. XXXIX, XLII).

Comme à Martignat et dans les localités dont nous avons parlé précédemment, des personnes de tout âge sont tombées malades. Nous comptons :

1 enfant de	3 ans 1/2	(obs. XXXIII).
1 enfant de	5 ans	(obs. XLIX).
1 —	6 —	(obs. XLI).
1 garçon de	14 —	(obs. XLIV).
1 fille de	11 —	(obs. XLII).
1 femme de	23 —	(obs. XXXI).
1 —	30 —	(obs. XXXVIII).
2 —	32 —	(obs. XL, XLIII).
1 —	38 —	(obs. XXXII).
2 hommes de	38 —	(obs. XLVII de XLVIII).
1 femme de	39 —	(obs. XLV).
1 —	42 —	(obs. XXXVII).
1 —	43 —	(obs. XXXIX).
1 homme de	47 —	(obs. XXXIX).
1 —	54 —	(obs. XLVI).
1 —	66 —	(obs. XXXV).

Il est à remarquer que les adultes sont plus fréquemment brightiques que les enfants et, au contraire, moins souvent scarlatineux.

Parmi les femmes brightiques, deux d'entre elles étaient enceintes; l'une d'elles a succombé au milieu de convulsions éclamptiques (obs. XXXII); l'autre, albuminurique au début de la grossesse, a guéri et a accouché sans encombre (obs. XL).

L'étiologie est en général obscure. Le refroidissement initial est rarement constaté, à moins d'admettre, ce qui est toujours possible, que les gens se refroidissent sans y prendre garde. Le mal de Bright n'a pas pénétré spécialement dans les logements froids et humides; il n'a pas restreint sa sphère d'action au rayon de la scarlatine. Des brightiques sont tombés malades dans des quartiers où ne régnait pas la scarlatine; et la scarlatine avait disparu que des brightiques s'alitaient encore.

Les symptômes presentés par nos malades n'offraient rien de spécial. Le mal de tête, les vomissements, l'oppression, quelquefois la diarrhée, ont été, avec l'œdème et l'albuminurie, les troubles accusés le plus fréquemment. Le mal de Bright a été hémorrhagique chez un enfant de 6 ans (obs. XLI); il avait déjà revêtu cette forme chez ceux qui présentaient une scarlatine concomitante (obs. XX) et chez nos malades de Geilles (obs. IX, X) et de Martignat. La température était normale ou oscillait autour de 38°. A Martignat, on s'en souvient, une malade avait eu jusqu'à près de 41° de fièvre. Ce fait était resté isolé.

Eu général, les malades ont guéri en quelques semaines. Un garçon de 14 ans est néanmoins encore albuminurique aujourd'hui, au bout de dix mois (obs. XLIV).

Un enfant de 3 ans 1/2 (obs. XXXIII), non soigné, a succombé au bout de quelques jours, à l'urémie dyspnéique. Un homme de 64 ans (obs. XXXVI), qui ne voulait pas boire de lait, a vécu quatre mois. Chez un autre, le mal de Bright a tourné à l'état chronique et s'est compliqué d'accidents cardiaques devant entraîner une mort inévitable à un délai assez bref (obs. XLVI) (1).

Enfin, une femme de 66 ans a été emportée par une hémorrhagie cérébrale au bout de quelques mois (obs. XXXV).

Le point qui se dégage avec certitude de l'étude symptomatique de tous ces malades, est le suivant :

Quelle que soit la forme de mal de Bright, qu'il sévisse isolément ou concurremment avec la scarlatine, qu'il s'attaque à un homme sain ou à un scarlatineux, la maladie est toujours la même, variant des formes les plus aiguës aux formes chroniques, revêtant ces formes aiguës au début de l'épidémie, quand le germe infectueux est virulent (épidémie de Martignat), diminuant d'intensité avec la durée de cette même épidémie et se montrant sous la forme de mal de Bright ordinaire à la fin de cette épidémie et dans les épidémies des villages voisins. Quand le mal de Bright épidémique n'est pas soigné, il tourne à l'état chronique et se complique d'accidents cardiaques comme le mal de Bright le plus vulgaire, dont il ne peut être différencié.

Et maintenant que les faits nous imposent ces conclusions que devient la scarlatine fruste?

Nous ne nous occuperons que de la forme brightique de la scarlatine fruste, laissant de côté les formes angineuses.

Nos observations comprennent 18 cas de scarlatine franche et 28 maux de Bright sans scarlatine, ce qui, ajouté à nos 14 cas de Martignat, représente l'ensemble respectable de 42 observations de brightiques. Ce mal de Bright a précédé la scarlatine et a évolué sans elle à Géovresset, Apremont, Martignat. Les cas de maux de Bright ont été plus nombreux que ceux de scarlatine.

Trousseau disait : « En temps d'épidémie scarlatineuse, le mal de Bright existe fréquemment. » — Il en faisait de la scarlatine fruste.

En suivant un raisonnement analogue, nous pourrions dire : « En temps d'épidémie brightique, la scarlatine peut sévir. » — Nous en ferions un mal de Bright fruste.

Nous ne tenons nullement à cette interprétation, qui est paradoxale. Nous voulons seulement établir que celle de Trousseau est passible des mêmes objections (2).

La seule différence est que l'opinion de Trousseau est classique et que l'opinion inverse est subversive.

Scarlatine fruste n'est qu'une hypothèse. Ce que l'on voit, c'est le mal de Bright épidémique sans scarlatine. Il peut être épidémique avec scarlatine, et c'est alors que la scarlatine fruste interviendrait. Mais ne soigne-t on pas des broncho-pneumonies en temps d'épidémie de rougeole? A-t-on jamais songé à dire que la broncho-pneumonie représente une rougeole fruste?

Mal de Bright et scarlatine paraissent deux choses distinctes, évoluant séparément à l'état épidémique, évoluant simultanément ou même se greffant l'une sur l'autre. Leur évolution simultanée est soumise à certaines conditions épidémiologiques, rare dans certains cas, elle est commune dans d'autres, absolument comme la broncho-pneumonie dans la rougeole.

(1) *Soc. médic. des hôpit.*, 9 mai 1890.

(1) Est mort en août 1891.

(2) A moins d'admettre que, telle que nous la comprenons, la scarlatine n'existe pas et qu'elle représente simplement un mode de l'infection streptococcienne dont l'angine et le mal de Bright sont d'autres manifestations?

Quand un mal de Bright est greffé sur une scarlatine, quelle est sa signification?

C'est une néphrite, dit-on. Il nous semble qu'albuminurie scarlatineuse et mal de Bright ne sont pas synonymes. L'albuminurie dans la scarlatine est un accident précoce, le mal de Bright survient généralement pendant la convalescence.

De plus, comment une lésion rénale peut-elle produire de l'œdème? On n'en sait rien.

Laffitte a démontré dans sa thèse que l'altération épithéliale la plus profonde, l'insuffisance rénale la plus complète ne détermine jamais d'anasarque.

Quand il y a anasarque, il y a autre chose.

Quoi? On n'en sait pas davantage.

Mannaberg a trouvé dans les urines des néphrites aiguës un streptocoque se rapprochant du streptocoque pyogène, L'existence d'un streptocoque à peu près analogue a été signalé par Hutinel dans la néphrite scarlatineuse.

Dans la néphrite pneumonique, Caussade décrit des abcès miliaires qu'il rattache à une infection streptococcienne.

Le mal de Bright épidémique greffé ou non sur la scarlatine est-il d'origine streptococcienne. La scarlatine à elle seule est-elle capable de le produire?

Le mal de Bright vulgaire peut-il être d'origine infectieuse? Tout cela, nous l'ignorons.

Nous devons nous borner à l'examen des faits tels qu'ils se sont présentés à notre observation.

Or ces faits sont les suivants :

1° Le mal de Bright peut être épidémique et sévir en dehors de la scarlatine.

2° Il sévit concurremment avec la scarlatine et sous les mêmes formes qu'à l'état épidémique et sans scarlatine.

3° En temps d'épidémie scarlatineuse, le mal de Bright qui complique la scarlatine ne diffère en rien des formes précédentes.

4° Entre la forme aiguë et la forme chronique du mal de Bright, prennent place dans la même épidémie tous les intermédiaires.

5° Entre la forme chronique et épidémique du mal de Bright et la forme chronique vulgaire, il n'existe aucune différence de symptômes ni de marche.

— Le mal de Bright épidémique non soigné tourne à l'état chronique et se complique des mêmes accidents que le mal de Bright vulgaire.

Voilà les faits.

Ils ne concordent guère, comme on le voit, avec l'idée que nous nous faisons habituellement du mal de Bright.

(A suivre).

REVUE DES JOURNAUX

PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIE DU CORPS THYROÏDE.

I. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA GLANDE THYROÏDE, par le prof. O. LANGENDORFF. (Analysé in *Deutsche Medizinal Zeitung*, 1891, n° 75, p. 851.)

II. — SUR LA PHYSIOLOGIE DU CORPS THYROÏDE, par les Drs FANO et ZANDA. (*Archiv per les Scienze mediche*, 1890. (Vol. XIII, fasc. 4.)

III. — EFFETS DE L'INJECTION INTRA-VEINEUSE DU SUC DE LA GLANDE THYROÏDE CHEZ LES CHIENS AYANT SUBI L'EXTIRPATION DE CET ORGANE, par le Dr G. WASSALE. (*Rivista spirimentale di frenatria e di medicina legale*, 1890, t. XVI, p. 439.)

IV. — SUR LA PHYSIO-PATHOLOGIE DE LA GLANDE THYROÏDE, ET SUR LA NÉPHRITE CONSÉCUTIVE A L'EXTIRPATION DE CET ORGANE, par le Dr UGHETTI. (*Riforma medica*, 2 juin 1891.)

V. — LA GLANDE THYROÏDE, CARACTÈRE NEUROTIQUE DE SA TUMÉFACTION, ET VALEUR RELATIVE DU COURANT GALVANIQUE DANS LE TRAITEMENT DE CETTE TUMÉFACTION, par le Dr JUETTNER. (*The Cincin. Lancet-Clin.*, 1890, t. XV, fasc. 12.)

VI. — SUR LES RAPPORTS DE LA GLANDE THYROÏDE ET DES GLANDES MAMMAIRES AVEC LES ORGANES GÉNITAUX A L'ÉTAT DE GROSSESSE ET A L'ÉTAT DE MALADIE, par le Dr H. W. FREUND. (*Deutsche Zeitschrift für chirurgie*, t. XXXI, fasc. 5 et 6, p. 446.)

VII. — SUR LES OPÉRATIONS PARTIELLES PORTANT SUR LA GLANDE THYROÏDE GOITREUSE, par le Dr THORNLEY STOKER. (*British medical Journal*, 11 juillet 1891.)

VIII. — UN CAS DE GLANDE THYROÏDE ACCESSOIRE, par le Dr WOLF. (*Archiv für Klin. chirurgie*, t. XXXIX, fasc. I.)

I. — Le professeur Langendorff a fait des recherches histologiques sur les glandes thyroïdes de jeunes veaux et de jeunes chiens récemment sacrifiés; les résultats qu'il a obtenus l'ont amené aux conclusions suivantes, relativement aux fonctions de l'organe en question.

Le corps thyroïde a l'aspect et la structure d'une glande, sauf qu'il est dépourvu d'un canal excréteur. Il est constitué par un amas de follicules; ceux-ci possèdent une paroi épithéliale et renferment une masse colloïde. Cette masse colloïde se rencontre également en quantité variable, dans les vastes espaces lymphatiques. L'épithélium se compose de cellules cylindriques ou cubiques, qui renferment de la substance colloïde, dès les premiers temps de leur développement. La vascularisation du corps thyroïde est des plus riche. Les capillaires, qui, par places, forment de vastes diverticules, sont en contact immédiat avec le revêtement epithélial.

On peut, d'après cela, considérer comme extrêmement vraisemblable que le corps thyroïde est un organe sécréteur, devant être considéré comme une véritable glande. Le produit de sécrétion n'est autre que la substance colloïde ; les organes sécréteurs sont représentés par les cellules épithéliales. Les cellules colloïdes ne sont que des cellules épithéliales en voie de fonctionnement sécrétoire. Elles se développent aux dépens des cellules protoplasmatiques, par métamorphose colloïde de leur contenu, et elles déversent ce contenu colloïde dans les interstices qui séparent les follicules ; vraisemblablement elles se désorganisent après avoir abandonné leur contenu. Pour être à même de suffire à leur tâche, les cellules épithéliales sont dans les rapports les plus étroits avec les vaisseaux qui leur fournissent les matériaux nécessaires à l'élaboration de leur produit sécrétoire. Celui-ci s'accumule dans les espaces creux des follicules ; de là il passe dans les espaces lymphatiques de la glande, l'épithélium s'usant par places, pour livrer passage à son contenu. Il est peu vraisemblable que la masse colloïde soit entraînée plus loin à travers les vaisseaux lymphatiques et sanguins, il l'est davantage que le produit de sécrétion séjourne dans les espaces lymphatiques des follicules, où sa résorption s'effectue progressivement.

D'après cela, il y a lieu de considérer le corps thyroïde comme une glande d'une nature spéciale, « une glande de réserve », dont le rôle probable est de débarrasser le sang de substances inutiles ou même dangereuses.

II. — Les expériences que Fano et Zanda ont faites sur des chiens les ont amenés à conclure que la cachexie strumiprive n'est pas, comme l'ont affirmé Munk et Drobnik, la conséquence exclusive d'une lésion des organes avoisinants. L'extir-

pation du corps thyroïde entraîne une altération de la crase sanguine; un produit toxique s'accumule dans le sang, par suite d'un fonctionnement défectueux des centres nerveux. Les deux expérimentateurs ont constaté que les symptômes de la cachexie strumiprive se sont dissipés assez rapidement à la suite d'une émission sanguine, plus rapidement encore à la suite d'une transfusion de sang emprunté à un animal sain. Le même résultat a été obtenu chez un autre chien, à la suite de lavages des premières voies. Les résultats des expériences des deux auteurs parlent, en somme, contre la théorie d'Albertoni et de Tizzoni, suivant laquelle la cachexie strumiprive est la conséquence d'une diminution de la capacité respiratoire des globules rouges. D'ailleurs, quand on plonge des animaux dans un état de narcose profonde, en leur faisant respirer de l'oxyde de carbone, on ne développe pas chez eux les symptômes de la cachexie strumiprive.

D'autre part, les deux auteurs n'ont pas pu vérifier l'exactitude des assertions de Schiff, comme quoi on évite la cachexie strumiprive en mettant un long intervalle de temps entre l'extirpation des deux lobes du corps thyroïde.

III. — En expérimentant sur des chiens, l'auteur a constaté que lorsque, chez ces animaux, on procède à l'extirpation totale de la glande thyroïde, on réussit à prévenir le développement de la cachexie strumiprive, si immédiatement après l'opération on injecte dans la veine jugulaire du chien, de l'eau stérilisée dans laquelle on a trituré du tissu de la glande extirpée; on peut aussi, dans ce même but, utiliser la glande thyroïde de tout autre mammifère.

Pour expliquer ces résultats, l'auteur suppose que le suc de la glande thyroïde confère aux globules rouges la propriété de fixer l'oxygène. S'il en est ainsi, l'extirpation de la glande thyroïde doit entraîner à bref délai de la cyanose, et plus tard, de la cachexie. Que si l'on injecte dans le torrent circulatoire le produit de la trituration de la glande dans l'eau distillée, on communique aux globules rouges, pour un certain temps, le pouvoir de fixer l'oxygène. D'autre part, il est présumable qu'un autre organe, la rate par exemple, est capable de suppléer le corps thyroïde dans le rôle en question.

On sait d'ailleurs que chez les chiens atteints de cachexie strumiprive à la suite de l'extirpation du corps thyroïde, on vient à bout de cet état cachectique en injectant dans les vaisseaux, de l'eau dans laquelle on a trituré un fragment de la glande thyroïde. L'auteur voit dans ce fait une preuve nouvelle à l'appui de sa manière de voir. Le résultat en question a été obtenu chez un chien en état de cachexie strumiprive, qui était déjà moribond; l'animal s'est rétabli, mais pour quelques semaines seulement. Il a fallu, pour le maintenir en bon état, répéter les injections. Détail particulièrement curieux : le sang de l'animal cachectique, qui était d'un rouge foncé, a pris une teinte d'un rouge vif, immédiatement après l'injection.

IV. — Ughetti a également étudié sur des chiens les conséquences de l'extirpation de la glande thyroïde. Il a constaté qu'à la suite de cette mutilation, les reins sont envahis par des altérations dégénératives et inflammatoires, qui intéressent principalement la substance corticale, altérations à la fois interstitielles et parenchymateuses. Elles surviennent très peu de temps après l'extirpation du corps thyroïde, et elles seraient, d'après l'auteur, l'expression d'un trouble dystrophique, consécutif à la suppression fonctionnelle du corps thyroïde.

V. — M. Juettner admet des relations très étroites entre la glande thyroïde et le système nerveux. Il a donné des soins à une dame neurasthénique, qui, depuis qu'elle était menstruée, avait un engorgement du corps thyroïde. Pendant les époques menstruelles, la tuméfaction goitreuse augmentait dans des proportions considérables ; elle disparut totalement dans l'intervalle de deux grossesses. Après une troisième conception, cette femme a fait une fausse couche, huit jours après la réapparition du goitre. Elle était venue consulter l'auteur pour sa neurasthénie, et, sans appeler l'attention sur son goitre. M. Juettner la traita par les applications du courant galvanique, et par le bromure de sodium à l'intérieur.

Après les premières séances d'électrisation cette dame se plaignit d'une sensation de constriction laryngée. Huit jours plus tard, le goitre avait complètement disparu; à noter que l'agent électrique n'était pas porté directement sur la glande thyroïde.

Le même traitement a été institué avec le même succès, dans un autre cas analogue, qui concernait une vieille demoiselle. Dans ces deux cas, l'action tonifiante du courant galvanique a donc remédié à un trouble du système nerveux, a rétabli, suivant l'auteur, les rapports normaux entre le système nerveux et le corps thyroïde.

Dans 12 autres cas de goitre, dont 4 se rattachaient à la maladie de Basedow, l'élément neurotique était très prononcé; dans 3 de ces cas il existait de la glycosurie. Tous ces malades ont été traités par des applications du courant galvanique. Ce traitement paraît être spécialement indiqué dans les cas de goitre dur, fibroïde. Contre la forme molle ou vasculaire, on emploiera de préférence la galvanopuncture. Plus le malade est âgé, moins le traitement aura des chances d'aboutir. L'âge le plus favorable à la réussite du traitement est compris entre 15 et 25 ans. Quand on a recours à la galvanopuncture, il faut relier l'aiguille au pôle positif, l'enfoncer avec précaution dans la tumeur, et laisser passer un courant faible, dont on augmente progressivement l'intensité. On remue un peu l'aiguille, mais on ne la retire qu'au bout de trois à dix minutes. Si une hémorrhagie venait à se produire, il faudrait l'arrêter immédiatement. Les séances d'électropuncture doivent être espacées à des intervalles de une à trois semaines. Sur un ensemble de 8 cas, traités de la sorte, 1 a été complètement guéri, 2 autres l'ont été presque entièrement, 2 ont été sensiblement améliorés, 3 n'ont pas été améliorés. Dans deux cas il est survenu une hémorrhagie profuse, 3 autres malades ont perdu un peu de sang. Chez presque tous les malades, on a observé une espèce de shok.

Dans les cas de maladies de Basedow, l'électricité n'a donné a cun résultat utile.

VI. — M. Freund avait rendu compte précédemment des observations qu'il avait faites, dans les salles de la clinique gynécologique de Strasbourg, lesquelles établissaient qu'une tuméfaction de la glande thyroïde est un épiphénomène à peu près constant de la grossesse, que de même la glande subit presque constamment une augmentation de volume du fait de l'accouchement, puis pendant la période de lactation. Depuis lors, M. Freund a pu vérifier ses premières observations à la clinique gynécologique de Berlin, c'est-à-dire dans une région où le goitre fait défaut.

De nouvelles recherches faites par l'auteur ont démontré que la tuméfaction du corps thyroïde survient avec une très grande fréquence chez les femmes qui sont atteintes d'un fibromyôme de l'utérus. L'auteur a réuni 56 exemples de tuméfaction du corps thyroïde en rapport avec une affection gynécologique, celle-ci étant représentée 44 fois par un fibro-myôme

de l'utérus. Dans 25 de ces 44 cas, il y avait en outre écoulement de colostrum.

La coïncidence fréquente de la tuméfaction du corps thyroïde et des affections génitales est invoquée par l'auteur comme un argument en faveur de l'opinion qu'il a émise, comme quoi les relations du corps thyroïde et des organes génitaux de la femme s'exercent par l'intermédiaire du sang et non des nerfs. On sait, d'ailleurs, que l'existence d'un myôme utérin influence considérablement la circulation, qu'il en résulte des dilatations vasculaires dans l'utérus, des phlébectasies dans le bassin, des thromboses, une anémie généralisée avec dégénérescence du myocarde.

Pour ce qui concerne les relations des glandes mammaires et des organes génitaux, il n'est pas à nier qu'elles s'effectuent en partie par l'intermédiaire des nerfs. Les expériences faites par l'auteur, avec un instrument qu'il appelle ventouse électrique (ventouse percée d'un trou livrant passage à l'électrode d'une pile), ont démontré que les excitations des mamelons provoquent des contractions utérines. Néanmoins, M. Freund est convaincu que les relations des glandes mammaires avec l'utérus s'effectuent surtout par l'intermédiaire du sang.

VII. — En se basant sur les résultats de son expérience personnelle, M. Thornley Stoker conclut ce qui suit, relativement aux opérations portant sur le corps thyroïde :

1° L'extirpation partielle de la glande thyroïde est une opération dangereuse, car elle expose à des hémorrhagies graves, même dans les cas simples ;

2° En raison des dangers de myxœdème qu'elle entraîne, l'extirpation de la totalité du corps thyroïde n'est justifiée qu'autant qu'on transplante un fragment de la glande dans une autre région du corps ;

3° La discission de l'isthme de la glande paraît entraîner des suites fâcheuses ; il est vrai qu'elle peut faire cesser la compression mécanique qui s'exerce sur la trachée ou sur d'autres organes ;

4° L'opération de la thyroïdectomie est trop grave pour qu'on l'entreprenne dans un simple but cosmétique ;

5° L'ablation d'une moitié du corps thyroïde entraîne consécutivement l'atrophie de l'autre moitié de la glande.

VIII. — Une jeune fille de 18 ans, d'une bonne santé générale, avait eu, à l'âge de 12 ans, une atteinte de coqueluche. Depuis lors, elle éprouvait une sensation de pression et de plénitude au cou. En l'examinant au laryngoscope, on découvrit à la base de la langue, du côté gauche, une tumeur dure, qui arrivait presque jusqu'à la ligne médiane et qui se perdait vers le milieu de l'épiglotte. Un traitement par l'iodure de potassium parut amener une certaine amélioration ; puis, la tumeur se mit de nouveau à croître, occasionnant une dysphagie très prononcée. On fit une trachéotomie dans un but de prophylaxie ; puis, après avoir lié les deux artères linguales, on scia le maxillaire inférieur suivant le procédé de Langenbeck. La langue fut ensuite attirée en avant, jusqu'à ce qu'il devînt possible d'extirper la tumeur.

La plaie opératoire se cicatrisa sans complications ; pendant quelques jours, il a fallu alimenter la malade à travers une sonde molle. L'examen de la tumeur fit voir qu'il s'agissait d'une glande thyroïde accessoire, logée dans les muscles de la langue.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Du cœur forcé dans l'infanterie de marine, par L. Boyer. (Th. Paris, 1890.)

Sous l'influence d'un effort plus ou moins longtemps soutenu et hors de proportion avec la puissance générale de celui qui le produit, des palpitations surviennent et consécutivement une hypertrophie ou une dilatation cardiaques. On observe tout d'abord des contractions tumultueuses, puis de l'essoufflement et enfin s'établit, à la base du thorax en avant, une douleur vive et constrictive.

Ces accidents observés dans l'infanterie de marine à l'occasion des marches, se montrent très fréquemment chez les cultivateurs, chez les ouvriers d'industrie et chez les soldats de l'armée de terre. Les derniers travaux en date des médecins-majors Constan et Duponchel, montrent combien ils relèvent de la faiblesse constitutive et font ressortir l'importance de la sélection minutieuse qui doit être faite de l'appelé ou de l'engagé volontaire.

Et comme les huit observations rapportées par M. Boyer ont trait à cinq engagés volontaires ayant moins de 20 ans et à 3 appelés ayant moins de 22 ans, il est à supposer que ces hommes présentaient au moment de leur acceptation le signe sur lequel Duponchel a insisté, l'abaissement de la pointe du cœur, et qu'ils auraient dû être ajournés.

C'est un petit côté de la question qui méritait peut-être d'être traité au point de vue spécial où s'est placé l'auteur.

La lecture du travail de M. Boyer n'en est pas moins plein d'intérêt.

De l'opération du varicocèle (Procédé de M. le Dr Horteloup), par F. Crouzat. (Th. Paris, 1889.)

Après A. Cooper, après Henry (de New-York), Horteloup proposa et pratiqua la résection du scrotum dans le traitement du varicocèle. Mais comme une telle opération ne constituait qu'un procédé palliatif il y adjoignit la résection combinée des veines postérieures, qui à l'inverse de ce que l'on croyait jusqu'en ces derniers temps, sont très souvent seules variqueuses. Le clamp qu'il imagina pour cette intervention fut présenté à l'Académie de médecine, avec le résultat des opérations pratiquées, à l'époque ou Wickam en donnait la description dans sa thèse inaugurale. Il se composait de deux branches articulées entre elles à l'une de leurs extrémités. A l'extrémité opposée à l'articulation la branche droite portait une tige mobile et transversale destinée à être introduite dans une encoche dont était pourvue l'autre branche, le clamp une fois appliqué. Sur cette ligne transversale roulait un curseur destiné à fixer le rapprochement des deux parties de l'instrument. Chaque branche présentait à sa partie médiane une incurvation correspondant exactement à la courbe du raphé scrotal d'un adulte bien conformé. Enfin la portion arquée des deux branches était munie d'une armature mobile de même forme et de même dimension, laissant entre elle et la branche un petit espace pour passer les épingles destinées à la suture superficielle.

Cet instrument, maintenu pendant la durée de l'opération, formait une pince, en forme de compas, dont les deux branches au niveau de la charnière comprimaient les troncs plus fortement qu'à l'autre extrémité.

Le nouveau clamp employé a ses deux tiges parallèles et se manœuvre au moyen de deux vis comprimant également par ce fait tout le scrotum saisi.

Disons en terminant que par la résection des veines posté-

rienres à laquelle tient tout particulièrement M. Horteloup, on supprime les anastomoses veineuses existant au niveau de la queue de l'épididyme, et que par la résection du scrotum, disparaît l'anastomose des veines profondes avec les superficielles. L'appareil circulatoire se trouve modifié de telle façon que des trois faisceaux veineux exitsant normalement un seul reste, celui des veines du faisceau moyen.

Les incisions chirurgicales du rein, par A. Robineau-Duclos. (Th. Paris, 1890.)

L'incision d'un rein non abcédé, ayant conservé tout ou partie de ses fonctions, soit dans un but curateur, soit en vue d'une exploration, doit toujours être pratiqué sur le parenchyme et non sur le bassinet. Autant les blessures du premier tissu riche en éléments de toute nature tendront à guérir naturellement, autant celles du second, formé d'une membrane mince et pauvre en fibres musculaires, exposeront à l'absence de réunion et à la fistule consécutive.

Mais il y a plus: pour ne pas s'exposer à l'hémorrhagie et à la dégénérescence ultérieure des glomérules, la section pratiquée au bistouri devra porter sur le bord convexe du parenchyme. Cette voie offrira le précieux avantage d'être large et de faciliter les explorations.

Que si toutefois, en raison de l'étendue de la plaie et de la grande vascularité de l'organe on se trouvait aux prises avec une hémorrhagie capable d'apporter une gêne considérable à la continuation de l'opération, il faudrait recourir à la compression du pédicule vasculaire ou à la suture qui, en amenant une réunion complète immédiate, permettrait du même coup d'éviter la formation d'une fistule.

Du lymphadénome ganglionnaire et de son traitement par l'arsenic, par G. Franquet. (Th. Paris, 1889.)

On connaît mal les causes qui président à l'apparition de la lymphadémie, débutant insidieusement sans que rien dans les antécédents du malade, rien dans les conditions hygiéniques, où il vit, puisse faire soupçonner l'origine de l'affection si cette dernière paraît plus fréquente chez le sexe masculin avec prédominance marquée vers l'âge de 30 à 40 ans, l'hérédité ne semble jouer aucun rôle. Tout ce que l'on peut dire c'est que l'évolution clinique offre avec celle des maladies infectieuses plusieurs points de ressemblance. D'où l'hypothèse microbienne qui paraît de jour en jour prendre plus de faveur.

La lymphadénie se manifeste par des néoformations adénoïdes dans différents organes. On a le *lymphadénome pur* de Malassez et Ranvier lorsque l'hyperplasie porte d'une façon égale sur les deux éléments tissu réticulé et cellules. Dans le cas contraire il s'agit du *lymphosarcome* des Allemands, *dur* si le stroma est surtout hypertrophié; *mou*, si l'élément cellulaire prédomine.

Les lymphadénomes se généralisent rapidement et peuvent acquérir un volume énorme sans altérations de la peau. Quant au lymphosarcomes, ils évoluent sur place avec leurs caractères de malignité propre: envahissement des tissus voisins et de la peau. Leur diagnostic est d'une extrême difficulté sinon absolument impossible lorsque la généralisation a lieu de bonne heure sans ulcération du tégument.

L'arsenic impuissant contre le lymphosarcome est susceptible de provoquer la résorption du lymphadénome local ou généralisé. D'où l'indication d'administrer la liqueur de Fowler dans tous les cas d'hypertrophie ganglionnaire d'une nature douteuse. Ce médicament peut constituer une véritable pierre de touche pour faire le diagnostic rétrospectif de la lymphadénie. S'il a l'inconvénient d'être de longue durée et d'exiger sa continuation jusqu'à la disparition complète de toutes les tumeurs il y a pour lui l'avantage de la simplicité.

De l'hydrocèle congénitale, par Ed. Blum. (Th. Paris.)

L'hydrocèle congénitale est constituée par un épanchement séreux dans une tunique vaginale non fermée et communiquant encore avec l'abdomen. D'où vient le liquide contenu? Est-ce une sécrétion normale ou pathologique? Les deux opinions ont été soutenues. Il semble cependant que l'on puisse faire un rapprochement entre l'étiologie de l'hydrocèle congénitale et de l'hydrocèle simple: l'épiplocèle, la hernie, le testicule en ectopie pouvant, par leur présence, agir comme corps étranger du conduit vagino-péritonéal et provoquer une irritation de cette séreuse.

Le diagnostic différentiel des deux affections peut être très difficile d'autant que la réductibilité de l'épanchement qui est le symptôme leplus important, ne s'obtient souvent qu'après de nombreuses tentatives.

Quoi qu'il en soit, la communication avec la cavité péritonéale commande d'éviter les injections irritantes pour recourir à l'opération de la cure radicale.

La paralysie générale dans l'armée, par J. Darricarère. (Th. Paris, 1890.)

Le métier des armes prédispose tout particulièrement à la paralysie générale: cette affection représente au moins les trois quarts des cas d'aliénation. L'hérédité, l'âge, le surmenage intellectuel et moral, les traumatismes, les coups de chaleur, les fatigues physiques paraissent avoir ici un plus important rôle étiologique.

L'auteur traite ensuite la question au point de vue déontologique. Il examine les cas particuliers qui pourront se présenter à l'observation du médecin militaire et en déduit les conclusions à formuler. Il indique en terminant les mesures à prendre à l'égard de l'aliéné dans le double intérêt de sa personne et de la société, de l'armée plus particulièrement.

Tumeurs osseuses du cou; la septième cote cervicale, par A. Planet. (Th. Paris, 1890.)

Les côtes peuvent présenter des anomalies dans leur nombre; il y a des anomalies par défaut et des anomalies par excès. Dans le premier cas c'est toujours la dernière dorsale qui manque, dans le second une côte surnuméraire vient se greffer soit sur la colonne cervicale, soit sur la colonne lombaire.

La septicémie côte cervicale dont s'occupe tout particulièrement M. Planet résulte du développement d'un point d'ossification supplémentaire situé à la base et à la partie antérieure de l'apophyse transverse de la septicéme vertèbre. Vestige d'une organisation antérieure, comme semble le prouver l'anatomie comparée, elle consitue chez l'homme un singulier cas d'atavisme.

Cette anomalie n'est pas très rare. Elle s'observe surtout entre quinze et vingt ans. Elle est de plus symétrique et non unilatérale, comme on l'avait cru à cause du développement exagéré qu'elle présente toujours d'un côté. Sa marche d'abord lente et insidieuse, se révèle ultérieurement par des troubles de compression. A la période d'état, il existe une tumeur se manifestant par des signes physiques et fonctionnels qui caractérisent plus particulièrement la douleur, le refroidissement et l'atrophie musculaire.

Malgré les difficultés opératoires de la région, consistant

surtout dans la blessure possible des vaisseaux et du cul-de-sac pleural, le traitement chirurgical est le seul qu'il convienne de recommander.

Le pouls capillaire ; sa pathogénie, sa valeur séméiotique, par J. Conte. (Th. Paris, 1890.)

Le pouls capillaire est la conséquence d'un manque d'élasticité dans les parois artérielles : l'afflux saccadé de l'ondée ventriculaire ne pouvant être transformé en mouvement continu, le cours du sang conserve son intermittence et la pulsation se fait plus ou moins sentir dans les tissus.

La force élastique des tuniques vasculaires ne peut éteindre la pulsation lorsqu'il existe une lésion des parois, de la contracture ou de la paralysie de leurs fibres musculaires, une contre-pression extérieure, de l'hypotension.

Le pouls capillaire se montre encore dans l'insuffisance aortique, dont on a voulu faire le signe pathognomonique ; dans le mal de Bright, quand le cœur est hypertrophié et les vaisseaux artériels contractures ; dans les fièvres infectieuses, avec températures élevées et tendance adynamique ; dans l'état anémique consécutif à une perte sanguine considérable ; dans les cas d'athérome, d'ossification, de dégénérescence fibreuse des parois artérielles ; dans le glaucome, les tumeurs intra-oculaires, dans les tissus enflammés, où il est symptomatique d'une paralysie vaso-motrice d'une paralysie vaso-motrice ; dans les néoplasmes télangiectasiques.

Ch. Amat.

BULLETIN

PATHOGÉNIE DES LOCALISATIONS PULMONAIRES DE LA TUBERCULOSE. — ÉTIOLOGIE MICROBIENNE DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

L'étude de la tuberculose est partout à l'ordre du jour et, en Amérique aussi bien que chez nous, elle est l'objet d'une enquête sévère, grâce à laquelle nous pouvons espérer de voir élucider un jour tout ce qui se rapporte à cet inépuisable sujet. Même au point de vue clinique, celui où la science paraît le plus avancée, il existe encore un certain nombre d'inconnues ou de points douteux sur lesquels nous ne sommes pas encore suffisamment fixés. C'est ainsi que nous cherchons actuellement à expliquer le mode de répartition des altérations tuberculeuses dans le poumon, et en particulier la plus grande fréquence de ces altérations au sommet de l'organe. Jusqu'à présent on a cru trouver cette explication dans l'existence de certaines conditions anatomiques et physiologiques spéciales et on a incriminé l'olighémie circulatoire et l'insuffisance corrélative de fonctionnement comme des circonstances essentiellement favorables à l'arrêt et à la germination des bacilles apportés et déposés à ce niveau par l'intermédiaire de la circulation. En définitive on a pensé que le sommet du poumon jouissait d'une vitalité inférieure, par rapport au reste de l'organe et qu'il devenait par là plus vulnérable, moins susceptible de réagir contre les éléments pathogènes avec lesquels il est journellement appelé à entrer en conflit. Cette théorie est admise à peu près partout, elle est même classique dans notre pays où elle se réclame de l'autorité de maîtres éminents.

Voici pourtant que des objections lui sont adressées de divers côtés, notamment par des médecins d'outre-mer, qui ont discuté la question au dernier Congrès tenu à Washington. Le Dr Roosevelt, de New-York, s'élève contre elle avec conviction et fait remarquer d'abord, non sans apparence de raison, que chez la femme la prédilection de la tuberculose pour le sommet du poumon est tout aussi prononcée que chez l'homme, assertion qui est pleinement justifiée par la clinique. Or, ce fait se trouve en contradiction avec l'opinion générale, car il est certain que la femme jouit en tout temps de la respiration costale, c'est-à-dire du type respiratoire supérieur, et en conséquence on est fondé à croire que, chez elle, l'activité respiratoire des parties supérieures du poumon doit être égale à ce qu'elle est dans le reste de l'organe. On ne peut invoquer ici l'insuffisance du fonctionnement créant une vitalité inférieure, puisque la circulation et l'hématose s'exercent avec la même activité chez la femme dans toutes les parties de la surface respiratoire. Puis on peut faire ressortir corrélativement l'extrême fréquence de l'emphysème au sommet du poumon, comme un fait tendant à prouver, lui aussi, que toutes les parties de l'organe jouissent de la même faculté d'expansion. Ces objections sont sérieuses et, dès maintenant, on peut les opposer légitimement à la doctrine régnante, qui invoque des arguments précisément opposés. Il est vrai qu'elles ont trouvé des contradicteurs au sein du même Congrès, où des médecins ont affirmé leur fidélité à l'opinion classique, d'après laquelle le sommet du poumon serait particulièrement prédisposé à l'infiltration tuberculeuse. Toujours est-il qu'elles méritent une mention à part et qu'il convient de les opposer désormais aux affirmations, peut-être un peu hâtives, qui ont donné naissance aux idées généralement acceptées.

Nous ferons d'ailleurs bon marché de la théorie que M. Roosevelt propose à son tour, bien qu'elle soit plus en rapport avec les idées du jour. Pour expliquer la prédilection incontestable du processus tuberculeux vis-à-vis de certaines parties du poumon, notre confrère invoque surtout l'intervention de l'absorption lymphatique et veineuse qui amène les bacilles puisés au niveau de toutes les surfaces absorbantes dans le courant circulatoire du cœur droit et de l'artère pulmonaire et les déposerait ensuite de préférence dans les parties supérieures, sous forme d'embolies minuscules. Mais cette théorie est simplement séduisante, elle est incomplète, car elle laisse dans l'ombre le point qu'il faudrait précisément éclaircir, savoir la cause de la plus grande fréquence de ces embolies dans certains points, de leur rareté relative dans d'autres. L'auteur a fait ainsi, sans paraître s'en douter, une véritable pétition de principes. C'est pourquoi nous abandonnons volontiers la défense de sa théorie, nous bornant à retenir ses remarques relatives à l'erreur physiologique d'après laquelle le sommet du poumon serait en état d'infériorité vitale permanent. Ces remarques nous paraissent assez motivées et nous pensons qu'il y aura lieu, à l'avenir, de les prendre en considération. On peut en conclure que la cause véritable de la prédilection du bacille pour le sommet nous échappe encore à l'heure actuelle, en dépit des théories proposées dans lesquelles jusqu'à présent l'esprit a cru trouver satisfaction. Pour résoudre cette inconnue, de nouvelles recherches sont donc nécessaires.

— A une époque où la doctrine microbienne tend à envahir la pathologie, on ne peut s'étonner de ses empiétements dans le domaine de l'étiologie et particulièrement de l'étiologie des maladies dites *infectieuses*. Le rhumatisme a été rangé parmi ces dernières, en raison de ses allures cliniques et des altérations viscérales souvent irrémédiables qu'il laisse après lui. Toutefois, malgré de nombreuses recherches, la preuve de son origine bactérienne reste encore à fournir. A ce dernier

point de vue, le fait que M. Achalme vient de présenter à la Société de biologie, nous paraît comporter un intérêt vraiment spécial. L'auteur a eu occasion de pratiquer, dans des conditions exceptionnellement favorables, l'examen anatomique et bactériologique d'un sujet mort de rhumatisme cérébral, au début d'une deuxième attaque de rhumatisme articulaire. De cet examen il a cru pouvoir conclure que, dans le cas particulier, les phénomènes centraux n'étaient pas dus à une lésion anatomique de l'encéphale, ni au développement d'un agent microbien dans l'intérieur de cet organe; que la cause de ces phénomènes résidait probablement dans une intoxication créée par la mise en circulation des produits solubles d'un micro-organisme. En second lieu, il a cru pouvoir attribuer l'origine des lésions cardiaques constatées dans ce même fait, à la présence d'un bacille anaérobie exclusivement localisé au niveau du cœur et qu'une recherche attentive n'a point permis de retrouver dans le sang ni dans les organes. Tout isolé qu'il soit, ce fait a une importance incontestable et il apporte un argument sérieux en faveur d'une opinion qui, jusqu'à ce jour, n'avait guère eu pour elle que de simples probabilités. On peut espérer que de nouveaux faits viendront confirmer ultérieurement une donnée qui, à défaut d'applications pratiques, aurait du moins l'avantage très appréciable de faire cesser notre incertitude concernant l'étiologie d'une des maladies les plus communes et les plus graves.

P. M.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Présidence de M. BERGERON.

M. Monod a rendu compte de l'état sanitaire en France.

L'épidémie de fièvre typhoïde signalée dans la garnison de Tarascon est peu importante. Elle n'a pas atteint la population civile.

La fièvre typhoïde a reparu dans les casernes de Marseille. La cause en est attribuée à la mauvaise installation des égouts et notamment à l'état du ruisseau « Le Jarret ».

Le préfet des Bouches-du-Rhône a invité le maire de Marseille à remédier d'urgence à une cause d'insalubrité aussi dangereuse pour la population civile que pour la garnison.

Le maire a répondu que le Jarret est l'objet d'un travail important qui doit donner aux eaux un courant assez rapide pour l'entraînement des matières. Ce travail est poussé avec activité.

Quant à la question générale des égouts, le comité sait que l'entreprise de l'assainissement de Marseille à laquelle il a donné son approbation doit être commencée ce mois-ci.

A Castres, il y a eu quelques cas de fièvre typhoïde dans la garnison. Pas de cas jusqu'ici dans la population civile. Des instructions précises ont été données par le préfet à la municipalité.

Une épidémie de variole sévit dans la commune de Barrême (Basses-Alpes). La plupart des personnes atteintes, écrit le préfet, ne jouissaient pas de l'immunité vaccinale. La population s'est arrêtée avec empressement à la pratique de la vaccination et de la revaccination. Dans ces conditions, il y a lieu d'espérer que l'épidémie sera prochainement terminée.

A l'île de Groix (Morbihan), d'après les rapports qu'a bien voulu communiquer M. le directeur des services sanitaires au ministère de la marine, la diphtérie n'a pas eu le caractère cruel que l'on avait d'abord supposé. En l'espace de plusieurs mois, répartis sur les années 1890 et 1891, il n'y a eu que 15 décès. La liste nominative des victimes est fournie. La population se refuse à la pratique de la trachéotomie.

M. Proust fait connaître la situation à l'extérieur.

Le choléra sévit avec intensité à Madras. La mortalité de la semaine se terminant le 28 août a atteint le chiffre de 173.

A Bombay, le dernier bulletin signale 13 décès cholériques.

Le choléra diminue au vilayet d'Alep. Il augmente dans d'autres. Il y a eu 55 décès à la dernière semaine, contre 82 la semaine précédente.

Le retour des pèlerins s'effectue dans de bonnes conditions.

Le navire ottoman, *Nemede-Honda*, est arrivé à Constantinople. Les pèlerins étaient passés par les campements de Tar où il y avait eu un cas de choléra mortel à l'arrivée du navire. En outre 5 décès de maladies ordinaires ont eu lieu pendant la traversée de Tar à Constantinople. La santé était bonne; on a donné libre pratique aux passagers indemnes de choléra, mais atteints en assez grande proportion de maladies de misère, de cachexie par privations, de dyssenterie chronique et dont plusieurs succomberont à bref délai.

Cependant une dépêche de Suez du 4 octobre annonce que le choléra a reparu à Jambo qui est l'échelle de Médine.

Une dépêche d'Athènes apprend qu'une épidémie typhoïde s'est déclarée à bord du *Troud*; vingt-deux hommes sont atteints. L'un d'eux est mourant. Une autre dépêche annonce l'existence de quatre cas de variole sur le même navire.

Quelques cas de fièvre jaune sont signalés à Vera-Cruz, à la Havane et à Santiago de Cuba.

Le comité émet ensuite un avis favorable concernant les projets d'amenées d'eau présentés par les communes de Soing (Haute-Saône) et de Saint-Pé (Hautes-Pyrénées). Il se prononce contre le projet de l'hôpital de Redon (Ille-et-Vilaine) et il ajourne sa décision en ce qui concerne la demande fournie par la commune de Bienville (Oise).

Mesures à prendre contre la fièvre typhoïde. — M. Dujardin-Beaumetz a fait adopter par le conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine la nouvelle instruction suivante :

Le germe de la fièvre typhoïde se trouve dans les déjections des malades.

La contagion se fait à l'aide de l'eau contaminée par ces déjections ou par tout objet souillé par elles.

MESURES PRÉVENTIVES.

En temps d'épidémie de fièvre typhoïde, l'eau potable doit être l'objet d'une attention toute particulière ; l'eau récemment bouillie donne une sécurité absolue.

Cette eau doit servir à la fabrication du pain et au lavage des légumes.

Avant de manger, il faut se laver les mains avec du savon.

Les habitudes alcooliques, les excès de tous genres, et surtout les excès de fatigue, prédisposent à la maladie.

MESURES A PRENDRE DÈS QU'UN CAS DE FIÈVRE TYPHOÏDE SE PRODUIT.

Les cas de fièvre typhoïde doivent être déclarés au commissariat de police du quartier pour la ville de Paris, et à la mairie dans les communes du ressort de la Préfecture.

L'Administration assurera le transport du malade, s'il y a lieu, ainsi que la désinfection du logement et des objets contaminés.

A. — *Transport du malade.*

Si le malade ne peut recevoir à domicile les soins nécessaires, s'il ne peut être isolé, notamment si plusieurs personnes habitent

la même chambre, il doit être transporté dans un établissement spécial.

Les chances de guérison sont alors plus grandes et la transmission n'est pas à redouter.

Le transport devra toujours être fait dans une des voitures spéciales mises *gratuitement* à la disposition du public par l'Administration.

B. — *Isolement du malade.*

Le malade, s'il n'est pas transporté, sera placé dans une chambre séparée, où les personnes appelées à lui donner des soins doivent seules pénétrer.

Son lit sera placé au milieu de la chambre; les tapis, tentures et grands rideaux seront enlevés.

Cette chambre sera aérée plusieurs fois par jour.

Le malade sera tenu dans un état constant de propreté.

Les personnes qui entourent le malade se laveront les mains avec une solution de sulfate de cuivre faible (12 grammes par litre d'eau), toutes les fois qu'elles auront touché le malade ou les linges souillés. Elles devront aussi se rincer la bouche avec de l'eau bouillie.

Elles ne mangeront jamais dans la chambre du malade.

C. — *Désinfection des matières.*

Il est de la plus haute importance que les déjections du malade, ainsi que les objets souillés par elles, soient immédiatement désinfectés.

La désinfection des linges et des mains sera obtenue à l'aide de solutions de sulfate de cuivre. Ces solutions seront de deux sortes, les unes fortes et renfermant 50 grammes de sulfate de cuivre par litre, les autres faibles renfermant 12 grammes par litre. Les solutions fortes serviront à désinfecter les linges souillés; les faibles serviront au lavage des mains et des linges non souillés.

Les commissaires tiennent *gratuitement* à la disposition du public des paquets de 25 grammes destinés à faire les solutions. On mettra deux de ces paquets dans un litre d'eau pour préparer les solutions fortes et un paquet dans deux litres pour les solutions faibles.

Pour désinfecter les matières, on versera dans le vase destiné à les recevoir un demi-litre de la solution forte.

On lavera avec cette même solution les cabinets d'aisance et tout endroit où ces déjections auraient été jetées et répandues. Aucun des linges, souillés ou non, ne doit être lavé dans un cours d'eau.

Les linges souillés seront trempés et resteront deux heures dans la solution forte.

Les linges non souillés seront plongés dans une solution faible.

Les habits, les literies et les couvertures seront portés aux étuves municipales publiques de désinfection (1).

D. — *Désinfection des locaux.*

La désinfection des locaux est faite gratuitement par des désinfecteurs spéciaux. Pour obtenir cette désinfection, il suffit de s'adresser, à Paris, au commissaire de police du quartier (2).

Un médecin délégué est chargé de vérifier l'exécution des mesures prescrites ci-dessus.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

CONCOURS POUR LES BOURSES DU DOCTORAT. — Le ministre de l'instruction publique vient de prendre l'arrêté suivant :

Article 1er. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le mardi 27 octobre 1891.

Art. 2. — Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident.

Les registres d'inscription seront clos le 20 octobre, à 4 heures.

Art. 3. — Conformément aux prescriptions du règlement du 15 novembre 1879 susvisé, seront admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le 1er examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878 ;

Les épreuves porteront sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle médicale ;

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note *bien* le 1er examen probatoire et qui justifieront de leur assiduité aux exercices pratiques ;

Les épreuves sur l'ostéologie, l'arthrologie et la myologie ;

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la première partie du 2e examen probatoire.

Les épreuves porteront sur l'anatomie, la physiologie et l'histologie ;

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note *bien* la seconde partie du 2e examen probatoire.

L'épreuve écrite portera sur la pathologie interne et externe.

Art. 4. Les candidats pourvus des grades de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont subi chacun de ces examens avec la note *bien*, peuvent obtenir, sans concours, une bourse de première année.

Facultés et Écoles des départements.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le Dr Ferret, professeur agrégé de notre Faculté, qui avait brillamment inauguré un cours de bactériologie l'année dernière, vient d'être chargé d'un cours de même nature pendant l'année 1891-92 (Médecine expérimentale).

— M. le Dr Moure qui fait depuis longtemps un cours libre de laryngologie, d'otologie et de rhinologie vient d'être chargé, par le ministre de l'instruction publique, de la clinique externe de ces diverses maladies à l'hôpital Saint-André.

École de médecine de Nantes. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, en date du 28 septembre 1891, un concours s'ouvrira devant la Faculté de médecine de Paris, le 10 mai 1891, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales a l'école de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

École de médecine de Tours. — Un concours s'ouvrira devant la Faculté de médecine de Paris, le 10 mai 1892, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours; à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours, le 4 avril 1892, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite école.

Les registres d'inscription seront clos un mois avant l'ouverture de chacun desdits concours.

Hôpitaux de Paris.

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury pour le concours de l'internat des hôpitaux de Paris est composé ainsi qu'il suit : MM. Millard, Ricard, Perier, H. Martin, Gilbert, Blum et Bonnaire.

CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury, sauf acceptation, est composé de MM. Galliard, Richardière, Thibierge, Lejars, Potherat, Brun, Doléris.

Corps de santé militaire.

Par décisions ministérielles, en date des 29 septembre et 1er octobre 1891, les médecins principaux de première classe dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

(1) A Paris, des voitnres spéciales viennent chercher à domicile les nbjets à désinfecter et elles les rapportent après leur passage à l'étuve mnnicipale. Dans la banliene, les étuves sont mobiles; elles sont conduites à proximité de l'immeuble où il y a des objets à désinfecter.

(2) Dans la banliene, c'est le maire qui doit assurer ce service.

M. Mathieu, pour la direction du service de santé du 15e corps d'armée ; — M. Chauvel, pour l'état-major du gouvernement militaire de la place de Paris ; — M. Debaussaux, pour la direction du service de santé du 9e corps d'armée ; M. Moussu, pour la direction du service de santé de la division d'Alger ; — M. Cros, pour la direction du service de santé du 17e corps d'armée ; — M. Emery-Desbrousses, pour la direction du service de santé du 5e corps d'armée ; — M. Kiener, pour la direction du service de santé du 16e corps d'armée.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie Félix Alcan, éditeur, boulevard Saint-Germain.

La 29e édition du **Formulaire Magistral** de Bouchardat vient d'être publiée par l'éditeur Félix Alcan, ce qui représente, depuis quarante ans, la mise en circulation de plus de 200,000 exemplaires de ce livre reconnu indispensable par tous les médecins et pharmaciens.

Cette nouvelle édition, outre les formules classiques consacrées par un long usage, renferme l'indication et le mode d'emploi des agents si intéressants qui ont enrichi dans ces dernières années, les ressources de la thérapeutique, notamment des hypnotiques, des antithermiques et des antiseptiques de la classe des carbures, des phénols et des composés iodés.

Nous rappelons qu'au Formulaire sont joints de nombreux renseignements hygiéniques et thérapeutiques, et comme nouvelle addition, nous citerons pour cette édition la liste des mets permis aux glycosuriques, dressée par M. Bouchardat. Cette liste, très recherchée des diabétiques, n'existait que dans le *Traité du Diabète* du même auteur, et se trouvera mise ainsi à la portée d'un public plus nombreux. (1 vol. in-18 de 700 pages, broché 3 fr. 50 ; élégamment cartonné à l'anglaise 4 fr. — *Franco* contre mandat adressé à l'éditeur Félix Alcan, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.)

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 20 AU 26 SEPTEMBRE 1891

Fièvre typhoïde, 6. — Variole, 0. — Rougeole, 6. — Scarlatine, 4. — Coqueluche, 2. — Diphtérie, croup, 12. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 153. — Autres tuberculoses, 41. — Tumeurs cancéreuses et autres, 46. — Méningite, 23. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 42. — Paralysie, 10. — Ramollissement cérébral, 5. — Maladies organiques du cœur, 44. — Bronchite aiguë et chronique, 33. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 30. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 122. — Fièvre et péritonite puerpérales. 5. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 24. — Sénilité, 23. — Suicides et autres morts violentes, 25. — Autres causes de mort, 124. — Causes inconnues, 13. — Total 790.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

62e Année. 7e Série. Tome VIII — N° 42 — 17 octobre 1891

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

DE LA TUBERCULINE DANS SES RAPPORTS AVEC LA CHIRURGIE DE LA TUBERCULOSE,

Par M. Watson Cheyne, de King's College.

Peut-être paraîtra-t-il à quelques personnes qu'il y ait perte inutile de temps et d'énergie à discuter actuellement la tuberculine dans ses rapports avec les tuberculoses chirurgicales, surtout en considérant que cette substance est tombée en pleine disgrâce et qu'elle est à peu près abandonnée dans la pratique. Je pense cependant que la plupart de ceux qui l'ont employée s'accorderont à reconnaître qu'avec des qualités fort sujettes à discussion, elle possède aussi des propriétés sélectives et, dans une certaine mesure, curatrices; elle mérite donc, dans ce dernier ordre d'idée, une étude plus approfondie. A la fin d'avril dernier, j'examinai très complètement la question dans un travail que je lus à la Royal Medical and Chirurgical Society; et, en ce qui concerne la tuberculine elle-même, je n'ai pas grand'chose à ajouter aujourd'hui, d'autant plus que je n'ai point traité d'autres malades par cette méthode. Je ne puis, en conséquence, vous parler que de ce que j'ai constaté ces trois derniers mois chez les sujets déjà en traitement à cette époque. Je diviserai mes observations en trois chapitres : 1o les effets utiles de la tuberculine, 2o ses effets nuisibles, et 3o son avenir.

1o *Effets utiles de la tuberculine.*—Le premier effet d'une injection de tuberculine à dose modérée (c'est-à-dire de 2 à 8 milligrammes), est, en dehors des troubles généraux, une réaction inflammatoire marquée au siège de la tuberculose, caractérisée, cliniquement, par la rougeur, du gonflement, de l'exsudation, et, microscopiquement, par l'infiltration des tissus tuberculeux par des nombreux leucocytes.

Cet effet s'observe généralement à chacune des injections suivantes, quoique à un degré constamment moindre, jusqu'à ce qu'on ait pratiqué de 3 à 10 injections, moment où la réaction devient d'ordinaire à peine perceptible. Après deux ou trois semaines on peut constater d'habitude l'amélioration de l'état local : l'épaississement des tissus cède, la douleur, si elle existait, devient moindre ou peut disparaître complètement; et dans la plupart des cas l'état local, après un traitement de quatre à six semaines, est plus satisfaisant qu'il ne l'était antérieurement, le résultat dépendant surtout du dosage et de la méthode employée. Le plus fréquemment alors, avec la méthode de dosage de Koch, l'amélioration ne progresse plus et même l'on recommence assez souvent à perdre du terrain; et si l'on vient à discontinuer le traitement, une rechute se produit presque toujours immédiatement, et avec une rapidité beaucoup plus grande que l'on ne le voit après une amélioration au même degré acquise par n'importe quel autre système de traitement.

Quant aux résultats définitifs, voici quelle est mon expérience. J'ai traité 38 cas de tuberculose chirurgicale, et en outre trois autres, mais pendant quelque temps seulement, par le mode original de traitement de Koch, c'est-à-dire par des injections intermittentes. Ces cas se constituaient principalement de lupus, de maladies des os et des articulations, avec ou sans suppuration ou fistule, glandes strumeuses, etc.. De ces 38 cas 5 ont retiré de ce traitement seul un bénéfice marqué; 3 autres ont présenté une grande amélioration, mais je ne saurais établir dans quel degré elle était due à la tuberculine ou à tel autre traitement. Des 5 premiers cas, 4 se maintiennent bien; pour 3 de ceux-ci, il y a deux mois au moins que le traitement a été supprimé; 2 de ces malades, des enfants, étaient atteints d'une affection bien marquée et progressive de la synoviale du genou. Actuellement ces articulations sont normales à tous les points de vue, et les malades vont et viennent comme tout le monde. Dans le troisième cas, l'affection avait réapparu après une arthrectomie de la hanche et ne montrait plus aucune tendance à l'amélioration. Plus d'une fois même j'avais été sur le point de pratiquer la désarticulation. Eh bien! les fistules se sont, après tuberculine, cicatrisées en peu de semaines et le point malade est actuellement bien portant en apparence. Il s'agissait, pour le quatrième cas, d'une personne appartenant au monde médical, porteur d'une laryngite tuberculeuse compliquée de phthisie pulmonaire. L'ulcération laryngée s'est cicatrisée et reste cicatrisée; mais le malade continue l'usage des injections contre sa phthisie, laquelle, d'autre part, s'est grandement améliorée. Je l'ai revu il y a une quinzaine de jours à son retour d'un voyage à la Nouvelle-Zélande.

La cinquième observation concerne également une laryngite tuberculeuse, accompagnée selon toutes apparences, de tuberculose du poumon, qui s'est cicatrisée et se maintient telle. Ainsi que je vous l'ai dit, ces cas ont démontré une amélioration remarquable, et à vrai dire, la maladie a, en apparence, disparu. Que cette amélioration soit permanente, ou, en d'autres termes, que la maladie, soit guérie ou qu'il doive

s'en reproduire une rechute, je ne puis naturellement l'affirmer aujourd'hui. Parmi mes autres cas, quelques-uns se sont améliorés pour nn temps, puis il y a eu rechute après cessation du traitement; on bien l'on a été forcé de faire des opérations quand la rechute s'est produite. Ces résultats ne sont certainement pas brillants, surtout quand on considère les risques de la méthode, risques dont je vais vous entretenir tout à l'heure.

L'on pent se souvenir que lors de la lecture de mon travail à la Royal medical and chirurgical Society, je proposai un autre mode d'administration du traitement qui me semblait devoir promettre de meilleurs résultats. Il consistait à pratiquer les injections deux fois et mieux trois fois par jour, et à régler le dosage de telle façon que l'on évite autant que possible la réaction fébrile et générale. Je n'insisterai pas autant sur la quantité de tuberculine qu'il faut donner à chaque injection, que sur la fréquence de ces injections; mais je sais bien que, là où cela peut être fait, l'on doit atteindre rapidement une forte dose; et, dans mes cas, lentement ou rapidement, selon les circonstances, je suis arrivé à un décigramme par injection, et par deux fois je suis monté à trois décigrammes répétés à trois reprises dans la journée. J'ai traité par cette méthode d'imprégnation continne neuf cas dès le commencement, et trois autres cas chez lesquels la méthode intermittente avait d'abord échoué. De ces neuf premiers cas, six se sont si bien améliorés qu'à présent il n'existe plus aucune apparence de l'affection, et cela bien que le traitement soit suspendu depuis plusieurs semaines. L'un d'entre eux concernait un lupus de la face chez lequel les injections furent poursuivies quatre mois sans aucun traitement local. Il y a maintenant deux mois que le traitement a été suspendu, et le lupus n'a point récidivé; il s'est cependant produit depuis de la suppuration de quelques glandes hypertrophiées du cou. Un autre lupus fort grave se maintient guéri, par conséquent sans récidive, depuis six semaines que le traitement n'est plus appliqué. Dans ce dernier cas, le nez et les joues se trouvaient intéressées; on avait fait le grattage d'une des joues; l'autre avait été soignée par les emplâtres salicylés et créosotés de Unna; mais le nez n'avait subi aucune application locale. Actuellement le résultat obtenu est également satisfaisant sur tous les points, mais la peau qui recouvre le nez et les lèvres est bien plus souple que sur les joues.

Il s'agissait, dans la troisième observation, d'une affection vertébrale sans abcès, mais avec vive sensibilité, etc., qui fut traitée deux mois par mes injections; depuis, la malade ne ressent plus de douleurs dans le dos, mais elle porte toujours un corset spécial. Deux autres malades étaient atteints de fistules persistantes après opération sur des articulations tuberculeuses: ces fistules se sont et restent actuellement cicatrisées. Le sixième succès concerne des ulcérations des deux cornées guéries aujourd'hui. Un autre cas de lupus est traité par cette méthode depuis cinq mois et s'améliore à vue d'œil; une partie de la surface malade avait été grattée, mais on n'avait pu tout atteindre par cette opération; et là aussi, ce qui est assez curieux, de nombreux ganglions tuméfiés du cou ont suppuré ainsi que dans la première observation, bien que le lupus se soit lui-même rapidement amélioré. Enfin, un lupus qui avait fait rechute sous la méthode de Koch, s'est modifié dans un sens favorable sous l'influence du nouveau traitement. Je suis loin d'affirmer qu'il y a eu guérison ferme dans tous ces cas, mais l'amélioration a été évidente et les résultats sont incontestablement meilleurs que ceux que j'ai obtenus par la méthode intermittente. Il est vrai que ces cas étaient choisis dans une certaine mesure, tandis que les autres ne l'étaient point; je pense néanmoins que les effets acquis appuient mon opinion, et que, sauf rares exceptions, la meilleure et même la seule méthode qui puisse faire espérer une issue favorable est la méthode par imprégnation continue. La grande objection que l'on peut y faire est, en dehors du désagrément, le prix élevé de la méthode qui restreint presque son emploi à l'hôpital. Je n'ai observé encore aucun phénomène dangereux chez les sujets qui l'ont subie et d'une façon générale ils en ont éprouvé moins de fatigue que par la méthode originale de Koch.

L'amélioration constatée après administration de la tuberculine soulève une question fort importante: cette amélioration est-elle due à l'action curatrice spécifique de la substance sur la lésion tuberculeuse, ou bien simplement à un effet secondaire de l'inflammation qui s'est d'abord établie dans le point malade autour de lui? Qu'une inflammation aigue transitoire s'attaquant sur un point atteint de lésions tuberculeuses puisse produire une amélioration temporaire et quelquefois très accentuée, le fait est counu depuis longtemps, en ce qui concerne un érysipèle surajouté à un lupus, et même le bénéfice a pu en être si considérable en certains cas que des chirurgiens ont pu, ces derniers temps, inoculer l'érysipèle dans le but de guérir certains lupus invétérés. Je n'ai nul doute qu'une grande partie, et probablement la plus grande partie de l'amélioration prompte qui suit les injections de tuberculine, soit due à l'inflammation aiguë qui se produit comme premier phénomène, et nous savons que dans les cas de lupus, autant plus vive est la réaction locale primitive, autant l'amélioration consécutive est grande et accentuée. Néanmoins je suis convaincu qu'à côté de l'action inflammatoire aiguë la tuberculine possède un effet curatif très distinct. J'ai constaté par exemple qu'alors que rétrocédaient les lésions traitées par la méthode de Koch, l'amélioration se manifestait, avec la nouvelle méthode par accroissement de la fréquence des doses, sans qu'il se produisît aucune réaction inflammatoire aiguë; et microscopiquement, nous voyons, dans les dernières périodes des cas où l'effet favorable se poursuit, que les modifications histologiques sont beaucoup moins celles de l'inflammation aiguë que celles de l'atrophie et de la régression des éléments tuberculeux.

Pour résumer ce que je puis dire des bons effets de la tuberculine, je n'ai rien à ajouter à ce que je disais dans ma note à la *Medical and Chirurgical Society*, c'est-à-dire que nous ne pouvons que bien rarement espérer la guérison complète par la tuberculine seule; que la meilleure méthode et même la seule qui donne des espérances, est la méthode par injections répétées selon les règles que je proposais alors, que le traitement doit être continué longtemps, et peut être considéré, dans la plupart des cas, comme employé pour tenir l'affection en échec plutôt que pour obtenir une guérison définitive. En ce qui concerne son usage en chirurgie, la tuberculine trouve son emploi combiné avec les autres traitements dans les cas de lupus, et aussi dans les maladies des os et des articles après opération, quand la cicatrisation ne s'est pas faite ou que les tissus atteints n'ont été que partiellement enlevés.

2° *Action nuisible de la tuberculine.* — En considérant les propriétés utiles de la tuberculine, nous ne devons pas omettre de considérer également ses effets nuisibles qui, dans nombre de cas, prédominent tellement sur les bons effets que l'on est amené à l'abandonner ou à prévenir son emploi. Les plus frappants de ces effets nuisibles sont la fièvre et le trouble profond qui accompagnent les premières injections, à moins que les doses ne soient tout à fait minimes. La fièvre, qui monte

parfois très haut, est accompagnée de malaise, de maux de tête, de douleurs dans les membres, de toux et de dépression générale marquée, et bien que tous ces effets ne durent généralement pas plus d'un ou deux jours, parfois cependant avec retour offensif, mais à moindre degré, ils affaiblissent considérablement le malade, de telle sorte qu'après la première quinzaine de traitement l'on constate généralement que le malade a perdu en poids, qu'il a maigri, qu'il est plus faible, anémique, et en somme, dans une condition moins bonne qu'antérieurement. Evidemment, une fois cette période passée, le malade se répare rapidement; mais son apparition suscite une préoccupation sérieuse, et les symptômes ont pu dans plusieurs cas être assez graves pour motiver la suspension du traitement.

La réaction inflammatoire locale, qui se produit dans les premiers temps du traitement, peut aussi conduire à de sérieuses complications, surtout si la lésion est localisée dans des organes internes. Quand la tuberculose est extensive ou disséminée dans tout un organe, le poumon par exemple, l'inflammation qui s'établit autour de ces dépôts peut par elle-même amener à de très sérieuses conséquences, comme la pneumonie. Et cette inflammation n'est pas seulement dangereuse par elle-même, mais elle l'est encore en ce que, de diverses façons, elle aide à la diffusion de la maladie. Il est possible que cette diffusion ne puisse atteindre un degré bien important comme résultat de l'inflammation seule; son importance est à considérer cependant sur ce point, que je vais aborder tout à l'heure, que la tuberculine, en certains cas, prédispose les tissus à une nouvelle infection. Et même en admettant que l'inflammation puisse donner lieu à une nouvelle infection, il est fort possible que celle-ci ne se produise en aucune façon, ou du moins dans une minime proportion, et seulement à cause de l'action prédisposante de la tuberculine.

Parmi les raisons qui rendent compréhensible la diffusion de la maladie par la réaction locale, celle-ci me semble assez plausible. Dans le cas du poumon, par exemple, la quantité accrue d'humeurs quelquefois versées dans les bronches après les premières injections, emportant avec elles, comme de juste, des matières caséenses et des bacilles tuberculeux, peut n'être qu'imparfaitement expulsée, et par conséquent s'aspirer, pour ainsi dire, dans les parties saines du poumon d'où se déclarent alors de nouveaux foyers d'infection. De même, un dépôt tuberculeux a-t-il envahi la plèvre, la réaction locale pourra amener son issue dans la cavité pleurale et par suite l'injection de toute la surface séreuse. De même encore, quand le tuberculome a atteint les parois d'un vaisseau sanguin ou d'un gros lymphatique, une communication pourra-t-elle s'établir avec le courant sanguin, dont la conséquence pourra être une greffe n'importe en quel endroit, ou encore une tuberculose générale aiguë. Plus tard, les liquides exsudés distendant les foyers tuberculeux et les tissus qui les environnent, peuvent transporter plus loin les bacilles tuberculeux et les déposer dans les parties voisines; d'où il survient ainsi de nouvelles poussées dans les parties antérieurement indemnes. Ces vues sont probablement aussi bien applicables à la maladie tuberculeuse des articles et aux autres affections chirurgicales de même nature qu'aux lésions des organes internes, quoiqu'à un degré moindre à cause de la différence de structure des parties. Autant que j'en puis juger par ma propre expérience, ces dangers sont presque entièrement théorique. Sauf dans une seule circonstance — un cas de laryngite tuberculeuse, — je n'ai jamais constaté de signes d'infection pendant le traitement, de points antérieurement sains, et aucun de mes malades n'est mort de tuberculose aiguë à sa suite. Néanmoins il ressort clairement des faits cités par d'autres observateurs que de tels accidents peuvent se produire et il me semble très probable qu'ils se manifestent pour l'une ou l'autre des raisons que je viens d'invoquer.

Une autre objection à l'emploi général de la tuberculine est son danger dans les cas où il coexiste des germes septiques; quand une fistule, une cavité tuberculeuse contient en même temps des organismes pyogènes, la quantité d'exsudat augmentée sous l'effet des premières injections fournit un terrain d'autant plus favorable à ces organismes, tandis que l'affaiblissement et la nécrose possible des parois de la fistule ou de la cavité leur rendent aisée la pénétration dans les tissus; d'où peuvent s'en découler les troubles septiques les plus graves. Il est certain qu'en ménageant une issue suffisante aux produits formés, les dangers dont je viens de parler peuvent être écartés dans une mesure considérable, mais certainement pas absolument, et dans plusieurs de mes cas où des manifestations septiques s'étaient faites au niveau de fistules, j'ai été forcé d'abandonner le traitement pour cette cause. Je regarde la présence de la septicité comme une des complications les plus graves, et comme contredisant l'emploi de la tuberculine dans nombre de cas. J'ai cru un temps que cette substance prédisposait l'organisme en général au processus septique; mais mes expériences sur les animaux n'ont en aucune façon confirmé cette manière préjudicielle de voir.

C'est ainsi que j'ai injecté à des lapins de la tuberculine avant et après l'injection d'organismes pyogènes. Des lapins témoins en semblable nombre, avaient reçu ces mêmes organismes, mais sans administration de tuberculine. Selon mon opinion préconçue, je m'attendais à trouver le processus septique plus accentué chez les premiers animaux. Il n'en a pas été ainsi cependant; plus même, la suppuration a été moindre et beaucoup plus limitée chez les animaux traités, pendant le même laps de temps, par la tuberculine, que chez les autres.

La dernière objection à l'emploi de la tuberculine que je veux faire a trait à un fait qui ne m'avait pas aussi bien impressionné en avril que depuis, car j'étais alors en pleine période de traitement. C'est que non seulement, la tuberculine ne confère point d'immunité, mais même que, dans quelques cas au moins, elle prédispose à l'infection tuberculeuse. On peut constater alors, à moins que le traitement ne soit continué jusqu'à mort complète des bacilles et même parfois pendant l'application actuelle du traitement, une rechute qui s'établit avec une rapidité et une marche inquiétantes; et l'affection peut évoluer localement bien plus vite qu'avant le traitement, et se déclarer n'importe où ailleurs dans l'organisme. Dans les cas de lupus, surtout, j'ai été frappé de la rapidité de la rechute après cessation du traitement, et non seulement frappé de cette réapparition *in situ*, mais aussi de l'extension rapide de l'affection aux parties cutanées antérieurement saines. Ainsi que nous le savons tous, le lupus évolue lentement; et cependant j'ai vu la maladie faire, après suspension des injections, de tels progrès que, dans les deux jours, on put déterminer les surfaces envahies. En printemps dernier, j'ai fait quelques expériences dans le but d'établir si l'immunité pouvait être conférée à des cobayes par la tuberculine. J'ai, par exemple, injecté de la tuberculine à trois cobayes; vingt et un jours après le commencement de l'expérience, je leur inoculai des substances tuberculeuses; pendant l'expérience, un des cobayes avait reçu treize doses de 2 centigrammes de tuberculine par jour; un autre, dix-huit doses de 2 centigrammes également: le troisième six doses de 2 décigrammes environ tous les trois jours. Du troisième au huitième jour après la dernière dose

de tuberculine, les animaux furent inoculés avec du tissu tuberculeux en même temps que trois autres qui n'avaient point reçu de tuberculine. Chez les premiers cobayes (ceux auxquels on avait injecté la tuberculine) l'affection s'est déclarée bien plus vite et a progressé bien plus rapidement que chez les autres. En d'autres termes, non seulement on n'a pu conférer l'immunité, mais même a-t-on rendu les animaux plus susceptibles de contracter la tuberculose. Les observations cliniques sur l'homme se sont presque toujours trouvées d'accord avec les expériences sur les animaux, surtout quand les doses administrées étaient considérables.

Nous possédons donc dans la tuberculine une substance qui, d'une part, jouit de certaines qualités curatrices, mais qui, d'autre part, expose le malade à une série de dangers qui sont d'importance grave; et, bien que ces risques puissent être atténués dans une certaine mesure par des modifications apportées dans le mode d'administration ou autrement, il faut, cependant, en tenir sérieusement compte avant de commencer le traitement, quel que soit le cas auquel on ait affaire.

(*A suivre.*)

PATHOLOGIE MÉDICALE

LE MAL DE BRIGHT ÉPIDÉMIQUE ET LA SCARLATINE A OYONNAX ET DANS LES ENVIRONS

Par le Dr Ch. Fiessinger (d'Oyonnax).

(*Suite et fin*) (1).

Observations.

I. — Mal de Bright épidémique en dehors de cas de scarlatine dans la région.

I. — Village de Géovresset (134 habitants).

Observation I. — *Femme de 48 ans; mal de Bright aigu; urémie dyspnéique; guérison en quatre semaines.*

Le 24 novembre 1889, à 2 heures du matin, on nous appelle à Géovresset, village distant de 4 kilomètres d'Oyonnax, où une femme est mourante.

A notre arrivée, nous prenons les renseignements suivants :

Mme B..., âgée de 48 ans, le 13 novembre 1891, au retour d'une course dans un village voisin, a eu de la courbature et a perdu l'appétit.

Le 14 novembre, la face est bouffie, les chevilles sont enflées. La malade ressent de violents maux de tête.

Cet état se prolonge les jours suivants quand se déclarent tout à coup des accidents graves.

A partir du 23 novembre, l'oppression est vive; la malade respire avec une grande difficulté et cette respiration si anxieuse est entrecoupée par des accès de suffocation terribles. L'angoisse respiratoire est à son apogée; les tempes se couvrent de sueurs, le corps se refroidit, la mort semble imminente. Ces accès se répètent à de courts intervalles et pendant notre visite, nous assistons à deux d'entre eux.

Le moindre aliment est vomi. Anasarque généralisée. Des râles humides encombrent toute l'étendue des bronches. Les urines sont très rares et contiennent de fortes quantités d'albumine.

Prescription : 15 sangsues sur les reins (nous étions dépourvu de lancette pour faire une saignée). Régime lacté. Inhalations d'oxygène.

(1) Voir le numéro précédent.

Le 26. L'oppression est moindre; toutefois un violent accès de suffocation se reproduit le soir. Le lait est toléré.

Prescription : 8 sangsues sur les reins. Lavement drastique. Inhalations d'oxygène.

Le 27. Les vomissements ont cessé. La malade urine davantage.

Prescription : 6 sangsues sur les reins.

4 décembre. On constate à l'albuminimètre d'Esbach 50 centigr. d'albumine.

Le 19. Guérison complète.

Obs. IV. — *Homme de 58 ans; Artério-sclérose ancienne; mal de Bright aigu; urémie dyspnéique; guérison en quinze jours.*

M. B..., 55 ans, habitant Géovresset, n'a pas vu la malade précédente. Il a eu autrefois la fièvre intermittente et depuis quelques années est oppressé aux montées. Ne se lève pas la nuit pour uriner.

Le 10 décembre 1889, il vient nous consulter à Oyonnax. Depuis trois jours l'oppression ne le quitte pas, même au repos le plus complet. Il a des maux de tête et la face est bouffie.

L'auscultation de la poitrine laisse entendre des sibilances dans les bronches. L'aorte est dilatée (augmentation de la maladie aortique, élévation des sous-clavières). On perçoit un retentissement très marqué du second bruit aortique. Le pouls est dur, vibrant. Les urines contiennent des cylindres épithéliaux et des quantités assez considérables d'albumine.

Prescription : Régime lacté. Potion iodurée.

Le 13. On nous appelle à Géovresset chez ce malade. Il vomit son lait. Il a eu plusieurs accès d'oppression avec cyanose et sueurs froides.

L'urine contient 3 gr. d'albumine (albuminimètre d'Esbach).

Prescription : 10 sangsues sur les reins.

Le 15. Amélioration.

Le 25. Disparition de l'albuminurie et de la bouffissure. Les accès d'oppression n'ont pas reparu. Malgré l'état de son aorte, le sieur B... peut vaquer à ses occupations les mois suivants.

Obs. III. — *Femme de 52 ans; mal de Bright aigu; guérison en trois semaines.*

Mme B..., 52 ans, de Géovresset, en novembre 1889, vient nous consulter pour des douleurs rhumatismales vagues. A ce moment, elle n'avait pas d'albumine dans les urines.

Au commencement de janvier 1890, oppression et maux de tête. La face est bouffie.

3 janvier. Les urines contiennent 2 gr. d'albumine, des cylindres granuleux et des cellules épithéliales.

Soumise au régime lacté, la malade va mieux; à la suite d'un écart de régime, l'oppression reparait le 10 janvier. Néanmoins la guérison définitive s'établit le 20 du même mois.

Obs. IV. — *Femme de 42 ans; mal de Bright; urémie gastrique; guérison en quinze jours.*

Femme L..., 42 ans, de Géovresset, a rendu visite aux malades I et III.

Sans refroidissement apparent, le 26 janvier 1890, elle perd l'appétit, a des vomissements et des maux de tête.

31 janvier. Douleurs au creux épigastrique et dans le ventre, principalement du côté gauche. Le ventre est souple. Douleurs dans les reins. Les urines sont albumineuses. Les paupières bouffies T. s, 38, 1.

Prescription : Régime lacté.

1er février. Les vomissements persistent et consistent en liquides, couleur de bouillon trouble; fortes douleurs dans le ventre.

Le 3. Les vomissements ont cessé.

Guérison le 10 février.

II. — MAL DE BRIGHT ÉPIDÉMIQUE SANS SCARLATINE DANS LE VILLAGE, AVEC SCARLATINES DANS LES VILLAGES VOISINS.

II. — Village de Martignat (550 habitants agglomérés). 14 maladesont été atteints du milieu de février, au milieu d'avril 1890. Ces observations ont été relatées dans la *Gazette médicale* de l'an dernier (1). Nous n'y reviendrons pas ; nous dirons seulement que certains malades avaient en mal à la gorge et malgré une enquête très minutieuse, nous n'avions pu découvrir un seul cas de scarlatine dans la localité, ni avant, ni pendant, ni après l'épidémie de mal de Bright. Quelques scarlatines régnaient à Oyonnax, à 7 kilomètres de distance.

III. — Village d'Apremont, (308 habitants). Apremont est un village situé sur la montage qui domine Martignat. Dans l'intervalle de deux mois, 4 malades d'Apremont sont venus nous consulter atteints de mal de Bright. La scarlatine ne régnait pas à Apremont.

OBS V. — *Femme de 47 ans; mal de Bright aigu précédé par un léger mal de gorge; guérison en quelques semaines.*

Mme P..., 47 ans, d'Apremont, n'a pas été à Martignat. Elle n'a vu aucun scarlatineux, ni reçu de visites de parents scarlatineux. Le 16 mars 1890, elle a de la diarrhée, des maux de tête des douleurs au creux épigastrique. Elle ne s'est pas refroidie, mais se souvient d'avoir souffert de la gorge les premiers jours. Bouffissure de la figure, œdème des membres le 28 mars 1890.

Vient nous consulter le 31 mars. Maux de tête frontaux. OEdème généralisé. Urines albumineuses.

Cette malade nous raconte que plusieurs personnes viennent d'être enflées à Apremont, entre autres deux jeunes gens de 18 ans, les jeunes P... et P..., tous deux guéris sans traitement. Renseignements pris, aucun de ces jeunes gens n'était allé à Martignat.

Nous prescrivons simplement à Mme P..., le régime lacté.

7 avril. L'urine ne renferme plus que des traces d'albumine. Maie la malade mange de la viande malgré notre défense et les maux de tête qui avaient disparu reviennent pour quelques jours.

La guérison définitive s'établit vers le milieu d'avril.

OBS. VI. — *Homme de 44 ans; mal de Bright aigu dégénérant en mal de Bright chronique; écarts de régime; mort au bout de quelques mois.*

M... (Jules), 44 ans, d'Apremont, au commencement d'avril 1890, a un frisson, de violents maux de tête, des douleurs dans les reins. Inappétence absolue.

Ce malade vient nous voir le 14 avril.

Le mal de tête est frontal, persistant, ne laissant aucun répit au malade. Les paupières sont œdématiées. Les urines rares renferment 3 gr. d'albumine et des cylindres granuleux.

Nous ordonnons le régime lacté qui amène un peu d'amélioration. Mais le malade refuse de le suivre plus de dix jours. Les urines restent albumineuses et à la fin du mois de mai la quantité d'albumine est la même qu'au début.

Découragé de ne pas guérir, il s'adresse à un médecin de Nantua, et succombe aux progrès de sa maladie, dans le courant de l'hiver suivant.

OBS. VII. — *Homme de 30 ans; mal de Bright aigu; guérison en un mois.*

Sont... (Louis), 30 ans, d'Apremont, a la grippe en février 1890. Il s'en est bien remis. Le 22 avril, il soupçonne s'être refroidi en revenant du bois, couvert de sueur.

Epistaxis le 24 avril. Pas de mal de gorge. Douleurs au creux épigastrique. Toux fréquente surtout la nuit. Bouffissure de la face depuis le 25. Urine fort peu.

Le 28. Quelques râles ronflants sont perçus à l'auscultation de la poitrine. Les urines sont albumineuses et contiennent des cylindres granuleux. Albumine 1 gr. (albuminimètre Esbach.)

Prescription : Régime lacté.

2 mai. — Les urines restent albumineuses. Guérison vers le 15 mai.

OBS. VIII. — *Fille de 18 ans; mal de Bright aigu; guérison en quatre semaines.*

Mlle G..., 18 ans, d'Apremont, a la grippe en février 1890, et en guérit. Sans refroidissement apparent, elle remarque que sa face est bouffie le 16 mai. Maux de tête. Faiblesse très grande.

Vient nous consulter le 20 mai.

La face est bouffie. Les membres sont œdématiés. Les urines contiennent des quantités d'albumine.

Grâce au régime lacté, l'œdème disparaît rapidement. Le 2 juin, il n'en existe plus trace et la guérison s'effectue au milieu du même mois.

IV. — Hameau de Geilles (50 habitants environ) situé entre Apremont et Oyonnax.

OBS. IX. — *Homme de 50 ans; mal de Bright aigu hémorrhagique; guérison en quatre semaines.*

B..., 50 ans, de Geilles, est souffrant depuis le 8 mai 1890. Sans refroidissement apparent, il ressent des maux de tête et des nausées. Pas de maux de reins. Le 9 mai, il prend une purgation de séné. Le 11 mai, il urine du sang, ce qui ne l'empêche pas, ce jour là, d'avaler encore du bouillon. Oppression vive dans la nuit.

Le 12. Nous voyons le malade à Geilles.

La face est bouffie. Des râles humides sont perçus aux deux bases et en arrière du poumon. Les urines sont rares, et couleur café au lait. Elles renferment de nombreux globules blancs et des liquides épithéliaux. Pas de fièvre.

Prescription : Ventouses sèches. Régime lacté.

Le 13. Douleurs dans le ventre. Le malade a uriné 1/4 d'un verre d'urine dans les vingt-quatre heures.

Le 15. A uriné la valeur d'un litre en douze heures. Le sang a disparu. 2 gr. d'albumine (albuminimètre Esbach).

Le 18. Maux de tête. Albuminurie persistante. Guérison au commencement de juin.

OBS. X. — *Fillette de 10 ans, fille du précédent; mal de Bright hémorrhagique; guérison en deux mois.*

Mlle B..., âgée de 10 ans, fille du précédent, au milieu de novembre 1890, urine du sang, comme l'avait fait son père. La figure et les chevilles sont enflées. Pendant trois semaines les urines restent sanguinolentes. La guérison se fait dans le courant de janvier.

III. — MAL DE BRIGHT ÉPIDÉMIQUE AVEC SCARLATINES DANS LA LOCALITÉ.

V. — Ville d'Oyonnax. — Du mois de mars 1890 jusqu'en automne, 18 cas de scarlatine franche ont été traités par nous ; un nombre égal (18) de maux de Bright a sévi dans le même temps. Des angines plus ou moins graves, compliquées d'accidents multiples régnaient également. Très succinctement, pour ne pas augmenter outre mesure le volume de ce mémoire, nous allons relater ces observations. Les maux de Bright et les angines sans éruption scarlatineuse rentrent dans la classe des scarlatines frustes de Trousseau. Nous les décrirons sous le nom de scarlatine fruste à forme angineuse et brightique.

I. — Scarlatines franches.

OBS. XI. — M... (Rosa), âgée de 10 ans, scarlatine le 18 mars, 1890. Angine. Rhumatismes scarlatineux. Guérison le 29.

OBS. XII. — M... (Marie), 9 ans, voisine de la précédente, prend la scarlatine le 19 mars. Angine. Adénite sous-maxillaire. guérison le 24 mars.

(1) *Epidémie de mal de Bright aigu.* (*Gaz. méd.*, 1890, nos 39 et 40).

Obs. XIII. — M... (Louise), 5 ans, sœur de la précédente. Scarlatine le 30 mars. Angine. Guérison le 3 avril.

Le 15. Sans refroidissement apparent, *mal de Bright aigu*, bouffissure de la face. Urines albumineuses. Guérison en six semaines par le régime lacté.

Obs. XIV. — Mon... (Auguste), 8 ans 1/2, est le frère de la petite malade l. Le 31 mars, angine, le lendemain éruption scarlatineuse qui est le siège de vives démangeaisons. Guérison le 3 avril.

Obs. XIV *bis*. — J. P..., 10 ans 1/2, voisines des précédents. Scarlatine le 12. Angine pseudo-diphthéritique. Diarrhée. Guérison.

Obs. XV. — G... (Victor), 7 ans, angine et éruption le 12 avril. Guérison le 15 avril.

Obs. XVI. — M... (Alfred), 7 ans, a sa mère atteinte d'angine pseudo-diphtéritique. Scarlatine le 15 avril. Guérison le 22 avril.

Obs. XVI. — M... (Ferdinand), 14 ans 1/2, frère du précédent. Scarlatine le 19 avril. Diarrhée forte. Bubon suppuré des ganglions cervicaux. Urines albumineuses vers la fin de la maladie. Mort le 13 mai.

Obs. XVIII. — C... (Augustine), 5 ans 1/2, malade le 21 avril. Eruption le 23. Angine pseudo-diphtéritique. Guérison le 2 mai.

Obs. XIX. — C..., âgé de 13 mois, frère de la précédente, scarlatine le 1er mai. Diarrhée. Broncho-pneumonie avec oppression forte. Guérison le 18.

Obs. XX. — Guil... (Françoise), 5 ans, scarlatine le 25 mai. *Mal de Bright aigu* avec anasarque le 29 juin. *Urines chargées de sang.* Râles ronflants dans les bronches. Urémie dyspnéique. Guérison au milieu de juin.

Obs. XXI. — Gnil... (Eugénie), 6 ans, sœur de la précédente, scarlatine le 30 mai. *Mal de Bright aigu* anasarque dans la convalescence. Guérison fin juin.

Obs. XXII. — D... (Emilie), 32 mois, voisine des malades XVIII et XIX. Eruption scarlatineuse avec angine le 30 avril. Guérison dès le lendemain.

Obs. XXIII. — G... (Louise), 11 ans, angine et éruption le 7 mai. Bubon des ganglions cervicaux ouvert le 26 mai. Le 30 mai, *mal de Bright aigu avec anasarque*. La température oscille autour de 38°. Délire. Urines très albumineuses. Urémie dyspnéique résistant aux sangsues, aux lavements froids, aux inhalations d'oxygène, au régime lacté. Râles humides dans toute l'étendue du poumon. Douleurs de ventre. Vomissements et diarrhée. Mort le 9 juin.

Obs. XXIV. — P... (Camille), 16 ans. Scarlatine le 2 août. Angine pseudo-diphtéritique. Guérison le 5 août.

Obs. XXV. — C... (Eugène), 8 ans. Scarlatine le 31 août. Angine avec adénite sous-maxillaire. Rhumatisme scarlatineux. Après la disparition de l'éruption scarlatineuse, éruption d'urticaire durant vingt-quatre heures, le 6 septembre. Guérison définitive le 10 septembre.

Obs. XXVI. — Mad. Ch..., 19 ans. Scarlatine le 20 septembre. Angine avec paralysie du voile du palais. Les aliments sont rejetés par le nez. Guérison le 26 septembre.

Obs. XXVII. — Lac... (Aug.), 6 ans. Scarlatine. Diarrhée Angine pseudo-diphtérique le 23 octobre. Guérison le 30 octobre.

II. — *Scarlatines frustes.*

1° Forme angineuse.

Obs. XXVIII. — C..., homme de 38 ans, père des petits malades XVIII et XIX. Le 8 mai, quelques jours après ses enfants, angine pseudo-diphtéritique semblable à celle de l'un de ses enfants. Pas d'éruption. Guérison le 11 mai.

Obs. XXIX. — Mad. M..., 34 ans, mère des petits malades XVI et XVII. Angine pseudo-diphtéritique sans éruption, tombe malade le 11 et guérit le 17 avril.

Obs. XXX. — M... de B.., 30 ans. Angine le 14 avril. Adénite sous-maxillaire. Fièvre vive. Pas d'éruption. Rhumatisme infectieux. Endocardite mitrale passagère. Bubon sous-aponévrotique du cou, ouvert le 8 mai, avec l'assistance de notre cher ami, le Dr Julliard (de Châtillon de Michaille). Guérison le 10 mai.

2° Forme angineuse et brightique.

Obs. XXXI. — Mad. C..., 23 ans. Angine pseudo-diphtéritique le 25 mars. Rhumatisme infectieux. Mal de Bright aigu avec anasarque, le 30 mars. Guérison le 15 avril.

3° Forme brightique pure ou avec angine très légère.

Obs. XXXII. — Mad. Champ..., 38 ans, a des maux de tête et la face bouffie, le 15 mars 1890. Attaques d'éclampsie. Salgnée et régime lacté impuissants. Nous tentons l'accouchement prématuré. Mort avant la dilatation du col, le 24 mars 1890.

Obs. XXXIII. — Enf... Col..., 3 ans 1/2. Figure bouffie, anasarque. Anurie le 28 mars. Nous ne voyons l'enfant que quelques heures avant sa mort, le 5 avril. L'oppression à ce moment était très forte et de nombreux râles humides encombraient les bronches.

Obs. XXXIV. — Mad. P..., 43 ans. — Bouffissure de la face, œdème des jambes et maux de tête, le 5 avril 1890. Albumine : 2 gr. (albuminimètre Esbach). Guérison trois semaines plus tard.

Obs. XXXV. — Mad. C..., 66 ans. A la face bouffie et de violents maux de tête avec oppression le 10 avril 1890. Le pouls très faible est à 160. Urines chargées d'albumine. Régime lacté. Inhalations d'oxygène. La guérison ne s'établit pas complètement. Mort le 18 mai 1891, d'une hémorrhagie cérébrale.

Obs. XXXVI. — Coq..., 51 ans, mal de Bright aigu avec oppression et anasarque, le 19 avril 1890. Refuse le régime lacté. Les urines restent chargées d'albumine. Mort le 8 août 1890.

Obs. XXXVII. — Femme Dup..., 42 ans. Maux de tête, oppression, bouffissure de la face, le 5 avril 1890. Guérison en quinze jours. Grande faiblesse consécutive.

Obs. XXXVIII. — Mad. Dup..., 30 ans, le 28 mai 1890, a des maux de tête et des douleurs au creux épigastrique. Anasarque. Nausées. Urines albumineuses. Régime lacté. Guérison en trois semaines.

Obs. XXXIX. — Folt..., 47 ans, cordonnier. A mal à la gorge fin mai 1890. Ce mal de gorge dure une huitaine et est accompagné de fièvre. Pas d'éruption sur le corps. Le 5 juin, bouffissure de la face, des pieds et des mains. Maux de tête. Urines albumineuses. Douleurs dans les reins et au creux épigastrique. Guérison en trois semaines.

Obs. XL. — Mad. Dup.., 32 ans. Belle-sœur de la malade XXXVIII, enceinte de quelques semaines. Le 15 mai 1890, a la face bouffie, des vomissements continus, des douleurs épigastriques, une toux fatigante. La faiblesse est excessive. L'albumine disparaît des urines au bout de deux mois. L'accouchement se fait à terme et sans encombre.

Obs. XLI. — Drap... (Frédéric), 6 ans, maux de tête, bouffissure de la face, toux le 19 mai 1890. Mal de Bright hémorrhagique les jours suivants. Urines rares, couleur marc de café. Anasarque. Râles humides dans les bronches. Disparition de l'albumine, le 31 mai. Guérison.

Obs. XLII. — Guil... (Marie), 11 ans, sœur des malades XX et XXI, était allée à Apremont pour éviter la contagion. Elle rentre chez elle, lors de la convalescence des ses deux sœurs, atteintes du mal de Bright scarlatineux. Dès le matin de son retour à Oyonnax, 30 juin, elle est prise de maux de tête et sa figure enfle. Les urines sont très albumineuses. Guérison en quinze jours.

Obs. XLIII. — Femme B..., 32 ans, le 12 juin 1890, a mal à la gorge, et deux jours plus tard souffre de la tête et commence à enfler. Les urines très albumineuses redeviennent normales après trois semaines de régime lacté.

Obs. XLIV. — Guin... (Joseph) 14 ans, ressent des maux de tête violents, le 6 août 1890. Il tousse et ses paupières sont œdématiées. Les urines sont chargées d'albumine et contiennent des cylindres granuleux. Après trois mois de régime lacté, l'albumine disparaît, mais momentanément. Au bout de dix mois (juin 1891)

les urines sont toujours albumineuses; les maux de tête sont fréquents et des râles ronflants sont perçus dans les bronches.

Obs. XLV. — Vial... (Noémie), 39 ans. Maux de reins et douleurs de tête à la fin de novembre 1890. Oppression. Toux. La figure est bouffie. Les urines très albumineuses redeviennent normales au bout de sept semaines de régime lacté.

Obs. XLVI. — Mais..., 54 ans, marchand de chaussures, vient nous consulter au milieu de novembre 1890 pour de forts maux de tête et une oppression vive. La face est bouffie. Les chevilles sont enflées. Des râles humides obstruent les bronches à la base des poumons. Le malade se soumet difficilement au régime lacté. Des accidents cardiaques se déclarent peu à peu. On perçoit un bruit de galop au cœur. Les crises d'urémie dyspnéique sont fréquentes. Délire en juin 1891, la respiration prend le rythme de Cheyne Stokes. Le malade est à sa fin. Mort en août 1891.

Les trois observations suivantes, d'abord égarées, ne figurent pas dans notre mémoire à l'Académie.

Obs. XLVII. — M. P..., tailleur d'habits, âgé de 38 ans, au milieu d'avril 1890, a des douleurs dans les reins, des coliques, de l'oppression. Des sibilances sont constatées dans les hanches. La face est bouffie, les urines sont très albumineuses. Guérison en trois semaines.

Obs. XLVIII. — Gail... (Fred.), 38 ans, depuis le 14 juillet 1891 a des maux de tête, de la bouffissure de la face, des urines rares. Se traite par des vésicatoires et continue de se nourrir. Le 23 août au soir, accès d'oppression très vive. Extrémités froides. Amélioration par l'application de sangsues sur les reins et le régime lacté. Guérison un mois plus tard.

Obs. XLIX. — Per... (Ch), 5 ans, le 14 juillet 1890, anasarque et maux de tête. Cylindres épithéliaux et albumine dans les urines. Guérison en huit jours.

REVUE DES JOURNAUX

ANESTHÉSIE CHIRURGICALE.

I. — La Commission d'Hyderabad et la question du chloroforme, par le Dr Lawrie. (*The medical Chronicle*, janvier 1891.)

II. — *Idem*, par M. Reeve. (*Medical News*, t. 5, janvier 1890, n° 16, p. 381.)

III. — Influence du chloroforme sur la dilatation du cœur, par J. A. Mackwilliam. (*The medical Chronicle*, février 1891.)

IV. — Le professeur Mackwilliam et la Commission d'Hyderabad, par le Dr E. Lawrie. (*Ibidem*, mai 1891.)

V. — Modifications de la pulsation artérielle pendant l'anesthésie par inhalation d'éther ou de chloroforme, par le Dr Holz. (*Brun's Beitræge zur Klin. Chirurgie*, t. VII.)

VI. — Ether ou chloroforme, par C. Garré. (*Munchener medic. Wochenschrift*, 1891, n° 7.)

VII. — Recherches cliniques et expérimentales sur l'anesthésie par inhalation d'éther, par le Dr Fueter. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, t. XXIX, fasc. 1, p. 1.)

VIII. — Sur l'anesthésie par inhalation d'éther, par le Dr Butter. (*Archiv für Klin. Chirurgie*, t. XL, fasc. 1)

IX. — Sur l'anesthésie par inhalations combinées de chloroforme et d'éther, par le Dr Kocher. (*Correspondanzblatt für Schweizer Aerzte*, 1890, n° 18.)

I. — Il a déjà été question, dans ce journal, des travaux d'une Commission scientifique qui a fonctionné à Hyderabad, avec mission d'étudier, par voie expérimentale, le mécanisme de la cause de la mort par inhalation de chloroforme. Le rapport publié (1881) par cette Commission concluait, d'après les expériences faites sur 41 chiens, que ce genre de mort n'est jamais la conséquence immédiate d'une paralysie du cœur.

Une seconde Commission, dont les travaux ont en lieu également à Hyderabad, s'était proposé, comme première question à résoudre, celle de savoir si la mort par inhalation de chloroforme est la conséquence d'une paralysie du cœur ou d'une paralysie de la respiration. Les expériences ont porté sur plus de 600 animaux, la plupart des chiens; il s'est fait voir que chez les animaux plongés dans une anesthésie chloroformique mortelle, les mouvements respiratoires s'arrêtent avant les contractions cardiaques. Ce serait donc, en paralysant la respiration que tue le chloroforme administré par voie d'inhalation.

M. Lawrie a pu vérifier l'exactitude de ces conclusions. Il insiste sur ce que le chloroforme ne peut être administré sans danger qu'autant que pendant les inhalations, la respiration fonctionne d'une façon absolument régulière. S'en tenir à la simple surveillance du pouls est chose à la fois insuffisante et dangereuse. Il faut aussi surveiller la fonction respiratoire, et suspendre les inhalations, pour faire respirer de l'air frais, sitôt que le malade se débat et qu'il cesse de respirer régulièrement.

II. — De son côté, M. Reeve proteste contre la tendance qui s'est fait jour, à la suite des travaux des deux commissions d'Hyderabad, et qui porte certains chirurgiens à n'accorder qu'une importance pronostique secondaire aux signes tirés de l'examen du pouls, pendant l'anesthésie chloroformique. Des observations faites sur des chiens on ne saurait, sans plus ample informé, conclure à ce qui se passe chez l'homme. Les faits cliniques sont là, et M. Reeve en cite un certain nombre, qui prouvent que chez l'homme, la mort par inhalation de chloroforme est souvent causée par une paralysie primitive du cœur. Il est sage de surveiller à la fois le pouls et la respiration, chez les sujets qu'on endort par le chloroforme; il est, au contraire dangereux de ne surveiller que la respiration. La mort peut d'ailleurs survenir de différentes façons pendant le sommeil chloroformique.

Ainsi le sujet peut mourir subitement, au début des inhalations et pendant le stade d'excitation, et dans ces cas il est difficile de se faire une idée exacte de la cause de la mort.

Celle-ci peut être la conséquence d'une paralysie respiratoire, car on peut constater que déjà les mouvements respiratoires sont arrêtés alors que le cœur bat encore.

La mort peut être due à une paralysie cardiaque, et dans ces cas on constate que les pulsations de la radiale deviennent imperceptibles; les vaisseaux sectionnés pendant l'opération cessent de donner du sang, le cœur s'arrête, tandis que les mouvements respiratoires continuent de s'exécuter.

Enfin la mort peut être causée à la fois par la paralysie respiratoire et la paralysie cardiaque.

III. — M. Mackwilliam s'élève également contre la validité des conclusions des deux Commissions d'Hyderabad. Il soutient que chez les sujets qui succombent pendant l'anesthésie chloroformique, le cœur est touché avant l'appareil respiratoire. Le chloroforme a pour effet primitif de dilater le cœur; la fonction respiratoire n'est troublée que secondairement, et cela, indépendamment de tout abaissement de la pression intra-vasculaire. Il arrive souvent que le cœur est déjà dilaté, lorsque la pression intra-vasculaire s'élève pour tomber ensuite. Bref la dilatation cardiaque n'est pas une conséquence

d'un trouble de la circulation pulmonaire ni d'un abaissement de la pression intra-vasculaire ; elle est due à une action que l'agent d'anesthésie exerce directement sur le cœur ou sur le nerf vague.

IV. — Dans un second article, Lawrie défend cette thèse que toutes les irrégularités subies par la pression sanguine et par la circulation, durant l'anesthésie chloroformique, sont exclusivement imputables à la dilatation cardiaque, et que celle-ci ne se produit jamais quand le chloroforme est administré d'une façon convenable, quand on suspend les inhalations sitôt que la respiration du sujet devient irrégulière.

V. — On a beaucoup agité, dans ces derniers temps, à l'étranger, la question de savoir si, pour l'anesthésie chirurgicale, l'éther est préférable au chloroforme ou inversement. Dans le but de contribuer à éclairer cette question par voie expérimentale, M. Holz a étudié chez l'homme les modifications que subit l'ondée sanguine pendant le sommeil anesthésique. Il s'est servi du tachomètre de Kries, qui permet de mesurer d'une façon très simple la vitesse du sang en un point déterminé de l'appareil vasculaire. Les résultats qu'il a obtenus l'ont amené à conclure ce qui suit :

1° Les inhalations d'éther produisent presque toujours, chez l'homme un renforcement considérable des oscillations périodiques de la rapidité du sang, en rapport avec les contractions cardiaques, c'est-à-dire un renforcement du pouls;

2° Par contre le chloroforme produit presque toujours l'effet inverse, sinon au début, du moins à la fin du sommeil anesthésique.

VI. — Pour M. Garré, le problème que soulève l'anesthésie chirurgicale ne doit pas être posé en ces termes : Ether ou chloroforme? D'après les observations et les expériences faites à la clinique chirurgicale de Tubingue, la solution du problème réside dans l'emploi des deux agents d'anesthésie. Tous deux ils ont leurs avantages propres et leurs dangers, leurs indications et leurs contre-indications respectives. Les résultats expérimentaux annoncés par Holz ont été vérifiés dans plus de 400 anesthésies chirurgicales pratiquées avec le secours de l'éther. On a constaté. entre autre chose, que chez les sujets atteints d'une lésion organique du cœur, les inhalations d'éther exerçaient une influence favorable sur le fonctionnement de cet organe. Par contre, pendant le sommeil consécutif aux inhalations d'éther, on a observé des troubles respiratoires dus à l'irritation de la muqueuse trachéo-bronchique par les vapeurs d'éther et à la sécrétion de mucus qui s'ensuivait. On peut conclure de ces données, que l'éther doit être préféré chez les sujets affectés d'une maladie du cœur, et le chloroforme chez ceux qui sont atteints d'un catarrhe bronchique. On sait d'ailleurs que les enfants ont pour les inhalations de chloroforme une tolérance tout à fait remarquable.

Pour les inhalations d'éther, on a employé le masque de Juillard, sur lequel on versait d'abord de 10 à 15 cc. d'éther, puis 30 cc. Après une courte période d'excitation, le malade se trouvait plongé dans un profond sommeil anesthésique, au bout de quatre minutes en moyenne, au bout de seize minutes au maximum. Le plus souvent, il a suffi d'ajouter deux nouvelles doses d'éther pour prolonger le sommeil anesthésique pendant fort longtemps. La quantité totale d'éther dépensé a varié suivant la durée de l'opération et la susceptibilité individuelle des malades; elle a été en moyenne de 80 cc. pour une durée d'anesthésie d'une demi-heure. Pendant le sommeil anesthésique, la figure du sujet était habituellement congestionnée, couverte de sueur, rarement cyanosée. Après enlèvement du masque, l'anesthésie par inhalations d'éther a quelquefois laissé à sa suite des troubles bronchitiques. En fait de complications insolites, M. Garré mentionne un érythème fugace, mais envahissant une grande étendue du corps, une intensité et une durée extraordinaires du stade d'excitation, lequel se reproduisait quelquefois au réveil, une sécrétion abondante de mucus bronchique, des vomissements, du tremblement, un spasme tonique de certains muscles, de l'agitation respiratoire, le phénomène de Cheyne-Stokes. On n'a jamais observé d'accidents de collapsus, jamais de troubles des fonctions rénales et cardiaques ; aussi n'y a-t-il pas à craindre la mort par syncope, quand on a recours à l'éther pour pratiquer l'anesthésie chirurgicale.

VII. — Fueter plaide en faveur de l'emploi de l'éther pour l'anesthésie chirurgicale. Il a pratiqué ce mode d'anesthésie environ 150 fois : administration rapide d'une quantité relativement considérable d'ether, emploi du masque de Juillard, modifié par Dumont, pour empêcher l'accès de l'air, chez des sujets de tout âge et toute constitution, quelques-uns en très mauvais état général, et pour des opérations, les unes bénignes, les autres graves. 86 fois le sommeil anesthésique a été obtenu sans aucun incident fâcheux intercurrent; les choses ont particulièrement bien marché chez les enfants. Des vomissements se sont produits 10 fois dans le cours de l'anesthésie, et 53 fois au réveil. Chez les buveurs on a observé des phénomènes d'excitation très prononcés, mais on a pu éviter ceux-ci, en sevrant préalablement les intéressés de toute boisson alcoolique. Comme autres épiphénomènes on a noté des secousses musculaires cloniques, une forte sialorrhée, déterminant de la respiration stertoreuse, des érythèmes cutanés. Une fois seulement l'anesthésie s'est compliquée d'un collapsus dont on est venu rapidement à bout, de sorte que le sommeil anesthésique a pu être prolongé pendant trois quarts d'heure.

Une supériorité de l'éther consiste dans la rapidité avec laquelle le sujet reprend connaissance, et avec laquelle il se rétablit. Les vomissements consécutifs cessent en général dès le premier jour. En fait de contre-indications à l'emploi de l'éther, l'auteur mentionne les obstacles mécaniques à l'entrée de l'air dans les voies respiratoires (engorgements ganglionnaires), la dentition, les affections rénales, les affections chroniques des bronches.

Relativement aux inconvénients et aux dangers de l'éther, l'auteur ne dit rien qui ne soit connu. Fueter partage l'opinion de ceux qui veulent qu'à doses toxiques, l'éther paralyse le centre respiratoire, à un moment où l'activité cardiaque est encore intacte. On n'a donc pas à craindre la syncope par arrêt du cœur, comme dans les cas où l'on se sert du chloroforme. c'est pourquoi aussi l'emploi de l'éther est moins dangereux que celui du chloroforme pour les besoins de l'anesthésie chirurgicale.

Des recherches exprimentales faites dans le but d'étudier l'action éventuelle de l'éther sur les reins n'ont donné que des résultats négatifs.

VIII. — A l'hôpital municipal de Dresde, l'emploi de l'éther pour les besoins de l'anesthésie chirurgicale a donné des résultats très satisfaisants. On s'est servi également du masque de Juillard, modifié par Dumont. La quantité d'éther versé une première fois dans le masque a été de 50 grammes chez les adultes, de 25 grammes chez les enfants. Quand il était nécessaire de prolonger l'anesthésie, on versait une nouvelle dose

d'éther. On a constaté que le sommeil anesthésique est plus rapide à se produire avec l'éther qu'avec le chloroforme ; la résolution musculaire existait déjà au bout de deux minutes et au bout de trois minutes, au plus tard le sujet était plongé dans un profond sommeil. La quantité moyenne dépensée pour une durée d'opération de vingt minutes a été de 68 gr. 9.

M. Butter signale également comme un des grands avantages de l'anesthésie par inhalations de vapeurs d'éther, la rapidité avec laquelle les sujets anesthésiés reviennent à eux. Au plus tard cinq minutes après l'enlèvement du masque, le sujet a repris son entière connaissance. Les troubles consécutifs, tels que nausées, vomissements, ont été relativement rares. Bref, Butter conclut qu'exception faite pour les sujets qui sont atteints d'une affection des voies respiratoires, l'emploi de l'éther pour l'anesthésie chirurgicale offre de réels avantages.

IX. — Les recherches comparatives entreprises par le professeur Kocher, pour s'éclairer sur les avantages et les dangers respectifs de l'éther et du chloroforme employés comme agents d'anesthésie chirurgicale, l'ont amené à formuler les conclusions suivantes :

1° Avant de procéder à une anesthésie généralisée, il est indispensable d'examiner à fond le patient et de le soumettre à des précautions préalables ;

2° Il est utile, nécessaire même, chez beaucoup de patients, de stimuler l'activité cardiaque, par l'administration de l'alcool ou d'autres stimulants (thé), avant de procéder à l'anesthésie ;

3° Le patient ne doit être endormi que couché dans la position horizontale ;

4° Quand le sujet n'a pas été convenablement préparé, on ne devra jamais recourir à l'emploi du chloroforme ;

5° Quand le sujet est affecté d'une affection du cœur ou d'un trouble quelconque des fonctions cardiaques, sans affection respiratoire concomitante, on devra s'abstenir d'employer le chloroforme et recourir à l'éther ;

6° La conduite inverse s'impose, quand il existe une affection des voies respiratoires, avec hyperémie de la muqueuse trachéo-bronchique ;

7° Quand le sommeil anesthésique devra être prolongé pendant un temps relativement long, il faudra recourir au chloroforme d'abord, puis administrer l'éther par petites quantités, pour obtenir la prolongation de l'anesthésie ;

8° Le chloroforme ne devra jamais être administré mélangé en proportions fortes à l'air ; pendant toute la durée de l'anesthésie, l'air frais devra affluer librement dans les voies respiratoires du sujet ;

9° Pour les opérations de longue durée, où, pour une raison ou une autre, l'emploi de l'éther paraît contre-indiqué, on devra pratiquer une injection préalable de morphine (ou d'atropine et de morphine), afin de restreindre la quantité de chloroforme nécessaire pour obtenir une anesthésie de durée suffisamment longue.

E. Ricklin.

BULLETIN

VALEUR DIAGNOSTIQUE DE LA TUBERCULINE

Pour ceux qui ont encore présents à la mémoire le retentissement de la découverte de Koch et l'effondrement qui lui a succédé presque immédiatement, il semble que le dernier mot ait été dit sur ce sujet et que la condamnation qui a frappé la tentative du savant allemand soit désormais sans appel. Une tative appréciation peut certainement se justifier, si l'on se place exclusivement au point de vue de la valeur thérapeutique de la méthode : mais elle paraît moins fondée quand on envisage celle-ci à un point de vue plus simple, c'est-à-dire celui des résultats immédiats que l'inoculation exerce sur l'organisme de l'homme et des animaux. Dans cet ordre d'idées, la tuberculine produit des phénomènes très remarquables et c'est avec raison que certains expérimentateurs l'ont recommandée comme un agent propre à déceler la présence de lésions tubercule ses encore silencieuses, latentes, au moins douteuses, après l'avoir toutefois abandonnée en tant que moyen thérapeutique. La lymphe de Koch serait, suivant eux, vis-à-vis de l'infection bacillaire, un agent révélateur de premier ordre, un réactif d'une exquise sensibilité, bref, un moyen de diagnostic extrêmement précieux et capable, à lui seul, de suppléer dans certains cas aux autres procédés d'information. En fait, dès l'apparition de la méthode, on avait signalé déjà l'impressionnabilité excessive de certains individus vis-à-vis de l'inoculation et plusieurs médecins avaient entrevu le parti qu'il était possible d'en tirer pour reconnaître la maladie à sa première période, à un moment où elle ne se manifeste encore que par des symptômes obscurs et par des signes locaux mal caractérisés. Mais l'avortement définitif, en tant que méthode curatrice, de la tentative de Koch, avait fait oublier quelque peu des faits, qui méritaient pourtant de ne pas tomber dans l'oubli.

La question est revenue récemment devant plusieurs des congrès scientifiques tenus à l'étranger. C'est ainsi que, pendant le dernier Congrès de Londres, un médecin anglais dont le nom nous échappe est venu affirmer à nouveau l'utilité de la tuberculine en tant que moyen diagnostique. De même, au Congrès de dermatologie tenu à Leipzig en septembre, M. Kaposi a rappelé à son tour les effets remarquables que l'on obtient avec cette substance dans le traitement du lupus, notamment l'intensité et la constance de la réaction locale produite au niveau des lésions qui caractérisent cette grave affection cutanée. Sans émettre d'opinion nettement affirmative vis-à-vis de la valeur curative de ces injections dans le traitement du lupus, notre confrère allemand a insisté sur leur valeur diagnostique à laquelle il semble attacher une certaine importance. Quelques semaines auparavant, au Congrès français pour l'étude de la tuberculose, M. Cagny avait fait connaître des expériences récemment instituées en Allemagne et exécutées dans des conditions d'exactitude toutes particulières, expériences qui ont mis en évidence les services que peut rendre l'injection de tuberculine chez les bovidés tuberculeux. Sur 30 animaux inoculés, 4 seulement avaient présenté la réaction fébrile caractéristique après l'inoculation. Or, l'examen des viscères après abatage démontra l'existence de lésions tuberculeuses très nettes, chez les animaux qui avaient éprouvé la réaction, leur absence chez tous les autres. On ne peut nier l'importance et la valeur de ces expériences qui fournissent un argument sérieux en faveur de la reprise et de l'extension de la méthode.

Les faits que M. Nocard est venu, à son tour, exposer devant l'Académie, sont, pour ainsi dire, la confirmation de ces données expérimentales recueillies çà et là ; ils leur apportent une sorte de consécration. Comme le mémoire du savant professeur d'Alfort doit être publié intégralement dans ce journal, nous n'avons pas à insister ici sur le détail des expériences dont il renferme la description. Il nous suffira de constater l'accord qui existe entre ces dernières et les expériences de la Com-

mission allemande, pour établir dans quelle mesure elles sont favorables à l'opinion d'après laquelle la lymphe de Koch fournirait un procédé de diagnostic extrêmement sensible, plus utile peut-être, dans certains cas difficiles, que tous les autres moyens d'exploration usités jusqu'à présent. Cette conclusion paraît même assez légitime pour que l'on soit tenté de l'étendre des animaux à l'homme : au point que l'on se demande si la condamnation générale qui a frappé la méthode n'a pas quelque peu dépassé le but. Pour justifier cette dernière réflexion, il suffirait de se reporter à la clinique et d'évoquer les difficultés auxquelles le médecin se heurte chaque jour dans le diagnostic de la tuberculose à son début; ces difficultés sont telles parfois qu'elles légitiment par avance l'adjonction de tous les moyens d'information qui peuvent augmenter nos chances de certitude. Un médecin distingué des hôpitaux de Paris, M. le Dr Cuffer, insistait récemment sur ce sujet et faisait ressortir toutes les causes d'erreur auxquelles on est exposé quand il s'agit d'apprécier l'origine et la nature des certains états pathologiques mal définis, mais très voisins de la tuberculose de par leur physionomie symptomatique générale. Il est permis de croire que ces causes d'erreur seront amoindries un jour, quand l'emploi rationnel et méthodique de la tuberculine aura permis d'ajouter à tous les procédés de recherche déjà usités un élément d'information incomparablement plus sensible.

P. Muselier.

CORRESPONDANCE

Nous insérons volontiers, à titre de simple document, la lettre suivante, laissant à nos lecteurs le soin d'apprécier et de juger :

A Monsieur le Rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Paris.*

Monsieur le Rédacteur,

On a beaucoup épilogué depuis quelques jours, dans la presse parisienne et même départementale, sur le *secret professionnel*, à l'occasion d'un fait où le secret professionnel, en réalité, n'était nullement en jeu, et où personne n'aurait songé à l'y voir, sans la lettre fantaisiste adressée au journal « *l'Éclair* » par notre excellent confrère, le Dr Wattelet.

Nous avons jugé convenable de nous abstenir de toute intervention personnelle dans ce débat de presse, afin de ne pas fournir un aliment de plus à la controverse engagée à faux sur ce point.

Je ne me crois pas tenu à la même réserve vis-à-vis de la presse médicale, et je vous adresse ces quelques lignes pour ramener l'incident à ses véritables proportions, et le soumettre à l'appréciation de nos confrères qui penseront, comme nous, qu'il n'y avait pas là matière à tant de tapage.

Que s'est-il passé, en effet ?

La famille de M. Marais, de la Comédie Française, justement émue des bruits erronés mis en circulation sur la fin rapide et prématurée de l'artiste bien connu du public, décédé dans notre établissement, nous a demandé de lui faire une déclaration spécifiant la cause du décès, et rétablissant la vérité à la place de la légende qui tendait à s'y substituer.

Nous avons déféré au désir de la famille, en lui remettant une note écrite qui n'est autre qu'un bulletin relatant la cause du décès, et conforme à notre déclaration faite, d'autre part, à l'état civil.

La famille, dans la plénitude de son droit, a fait de notre bulletin l'usage qu'il lui a plu, en le communiquant aux journaux. Le Dr Monin, membre de la famille et son représentant, en signant cette note, *comme tel*, indiquait suffisamment qu'il agissait au nom des ayants droit du défunt.

Journellement, nous adressons aux familles, concernant les malades confiés à nos soins, des bulletins de santé dont les parents peuvent user à leur guise; nous ne voyons pas qu'il y ait là, à aucun degré, de la part du médecin, violation du secret professionnel.

Certes, nous professons à l'égard de ce fameux secret professionnel un respect aussi sincère que qui que ce soit et nous en reconnaissons pleinement les exigences au point de vue moral comme au point de vue légal, mais il nous semble que ce serait singulièrement en diminuer la portée, que de l'invoquer à tort et à travers, et le faire intervenir dans des questions où il n'a rien à faire, comme dans le cas particulier qui nous intéresse.

Veuillez agréez, Monsieur le Rédacteur, mes salutations les plus empressées.

Dr V. Pottier,
Maison de santé, 10, rue de Picpus.

Paris, 8 octobre 1891.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Présidence de M. Bergeron.

— Au début de la séance, M. Henri Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, rend compte de la situation sanitaire à l'intérieur.

Il y a toujours quelques cas de fièvre typhoïde dans la garnison de Castres, au quartier du 9e régiment d'artillerie. Les soldats de la classe 1888 ont été congédiés par avance. L'appel des réservistes de ce régiment a été ajourné. On pense que le mal a été importé par un militaire qui venait de tenir garnison à Perpignan où sévissait cette maladie. La population civile de Castras n'a pas été atteinte.

On suppose que c'est un soldat venant de Castres qui a importé la maladie dans la garnison de Rodez. A la date du 10 octsbre, 10 militaires atteints de fièvre typhoïde étaient en traitement à l'hôpital de Rodez; 2 sont décédés. Le préfet écrit que la population civile n'est pas atteinte. Le conseil d'hygiène est convoqué pour aviser aux mesures à prendre. Les instructions prophylactiques du comité ont été immédiatement envoyées.

Il y a aussi une épidémie de fièvre typhoïde grave dans la garnison de Nimes. Des renseignements ont été demandés au préfet. Les instructions du comité d'hygiène lui ont été envoyées.

J'ai déjà signalé, dit M. Monod, la semaine dernière, une épidémie de fièvre typhoïde dans la garnison de Tarascon. Le préfet annonce que l'épidémie est peu importante. Elle n'a pas atteint la population civile.

Le préfet du Nord fait savoir que l'épidémie typhique d'Avesnes est en pleine décroissance. Le conseil municipal a décidé l'abandon des sources contaminées, la recherche d'eau de source hors de l'agglémoration, la création de nouveaux égouts et la réglementation du service des vidanges.

— M. le Dr Proust donne ensuite connaissance de l'état sanitaire à l'étranger.

A Constantinople, l'état sanitaire est satisfaisant.

Dans le vilayet d'Alep, le choléra diminue. On a enregistré 20 cas de mort cholérique dans la semaine, contre 87 la semaine précédent et 55 l'autre samoine. A Alep même il n'y a eu que 5 morts. Il est très probable, d'après des indications dignes de foi, que les chiffres officiels représentent environ le cinquième des chiffres réels.

La situation du Hedjaz paraît satisfaisante. Mais un télégramme, en date du 27 septembre, annonce l'existence du cho-

léra dans deux villages situés près de Counfondah, port principal d'Assir, dépendance de l'Yémen, actuellement en révolte contre la Turquie.

Le Conseil de Constantinople n'a été nullement renseigné, cette année, sur les suites de l'épidémie cholérique du Hedjaz après le pélerinage. On paraît avoir intérêt à faire le silence sur la situation du Hedjaz et des pays limitrophes, pour ne pas empêcher les communications de ces districts avec l'Yémen où doivent se porter, en ce moment, toutes les troupes disponibles. Ainsi s'expliquerait l'importation du choléra dans l'Yémen.

Mais le fait le plus grave que j'aie à signaler aujourd'hui, dit le Dr Proust au Comité, et qui réduit à peu de chose la satisfaction que nous pourrions éprouver de la disparition du choléra dans le vilayet d'Alep, c'est l'apparition, officiellement constatée, du choléra dans la ville de Damas.

Il n'y a pas lieu de s'en étonner beaucoup. Le grand pélerinage remontait récemment de la Mecque et était soumis à une quarantaine réglementaire à Aïn-Yarka. Mais il a été constaté que nombre de pélerins ont rompu la quarantaine et sont arrivés directement à Damas. Ils n'ont été l'objet d'aucune poursuite : on ne porte pas la main sur la personne sacrée des Hadjs (saints).

Le Comité s'occupe ensuite de divers projets d'amenée d'eau ; il émet un avis favorable au projet de They-sous-Montfort (Vosges) ; il demande de nouveaux renseignements pour celui de Roquefort (Aveyron) et une nouvelle analyse des eaux pour celui de Reherry (Meurthe-et-Moselle). Le Comité formule des réserves relatives au projet qui lui est soumis par l'assainissement de la ville du Mans (Sarthe) ; enfin il émet un avis défavorable au projet de translation du cimetière de Brison-Saint-Innocent (Savoie).

Le Comité a également adopté les conclusions favorables d'un rapport qui lui a été présenté sur l'assainissement de la ville de Cannes (Alpes-Maritimes).

Nouvelle instruction sur les précautions à prendre contre la diphtérie (1). — La diphtérie est une affection éminemment contagieuse. Le germe de la diphtérie est contenu dans les fausses membranes et les crachats.

Il se transmet surtout à l'aide des objets souillés par les produits de l'expectoration.

Ces objets, quand ils n'ont pas été désinfectés, conservent pendant des années leur pouvoir infectieux.

MESURES PRÉVENTIVES.

L'isolement et la désinfection sont les seules mesures efficaces de préservation.

En temps d'épidémie, tout mal de gorge est suspect, le germe de la diphtérie se développant surtout sur une muqueuse déjà malade : appeler de suite un médecin.

MESURES A PRENDRE DÈS QU'UN CAS DE DIPHTÉRIE SE PRODUIT.

Les cas de diphtérie seront déclarés au commissariat de police du quartier pour la ville de Paris, ou à la mairie dans les communes du ressort de la Préfecture.

L'Administration assurera l'isolement ou le transport du malade et la désinfection du logement contaminé.

A. — *Transport du malade.*

Si le malade ne peut recevoir à domicile les soins nécessaires, s'il ne peut être isolé, notamment si plusieurs personnes habitent la même chambre, il doit être transporté dans un établissement spécial.

Ce transport doit être effectué à une époque aussi rapprochée que possible du début de la maladie.

(1) Extrait du rapport présenté au Préfet de police, par M. Dujardin-Beaumetz.

Les chances de guérison sont alors plus grandes et la transmission n'est pas à redouter.

Le transport devra toujours être fait dans des voitures spéciales mises *gratuitement* à la disposition du public par l'Administration.

B. — *Isolement du malade.*

Le malade, s'il n'est pas transporté, sera placé dans une chambre séparée, où les personnes appelées à lui donner des soins doivent seules pénétrer.

Son lit sera placé au milieu de la chambre ; les tapis, tentures et grands rideaux seront enlevés.

Le malade doit être tenu dans le plus grand état de propreté.

On évitera tout ce qui pourrait provoquer l'excoriation de sa peau : vésicatoires, sinapismes, etc.

Il est indispensable d'éloigner immédiatement toute personne qui ne concourt pas au traitement du malade et surtout les enfants.

Les personnes qui soignent le malade éviteront de l'embrasser, de respirer son haleine, et de se tenir en face de sa bouche pendant les quintes de toux.

Si ces personnes ont des crevasses ou des petites plaies, soit aux mains, soit au visage, elles auront soin de les recouvrir de collodion.

Elles se laveront les mains avec une solution de sulfate de cuivre faible (12 grammes par litre d'eau), toutes les fois qu'elles auront touché le malade ou les linges souillés. Elles devront aussi se rincer la bouche avec de l'eau bouillie.

Elles ne mangeront jamais dans la chambre du malade.

C. — *Désinfection des matières expectorées ou vomies.*

Il est de la plus haute importance que les matières expectorées ou vomies, ainsi que les objets souillés par elles, soient immédiatement désinfectés.

La désinfection des linges et des mains sera obtenue à l'aide de solutions de sulfate de cuivre. Ces solutions seront de deux sortes, les unes fortes et renfermant 50 gr. de sulfate de cuivre par litre, les autres faibles, renfermant 12 grammes par litre. Les solutions fortes serviront à désinfecter les matières expectorées ou vomies et les linges souillés ; les faibles serviront au lavage des linges non souillés.

Les commissaires de police tiennent *gratuitement* à la disposition du public des paquets de 25 grammes destinés à faire les solutions. On mettra deux de ces paquets dans un litre d'eau pour préparer les solutions fortes et un paquet dans deux litres d'eau pour les solutions faibles.

Pour la désinfection des matières expectorées ou vomies, on versera dans le vase qui les reçoit un demi-litre de la solution forte.

On lavera avec cette même solution les cabinets d'aisances et tout endroit où ces déjections auraient été jetées et répandues. Aucun des linges, souillés ou non, ne doit être lavé dans un cours d'eau.

Les linges souillés seront trempés et resteront deux heures dans la solution forte.

Les linges non souillés seront plongés dans une solution faible.

Les habits, les literies et les couvertures seront portés aux étuves municipales publiques de désinfection (1)

Les objets de literie, et en particulier les berceaux, doivent être également portés à l'étuve de désinfection. Les jouets d'enfant doivent être brûlés.

Les cuillers, tasses, verres, etc., devront, aussitôt après avoir servi au malade, être plongés dans l'eau bouillante.

Pendant la maladie, les poussières du sol de la chambre seront enlevées chaque jour et immédiatement brûlées. Avant le balayage, on projettera sur le plancher de la sciure de bois humectée avec une solution de sulfate de cuivre (12 grammes par litre).

(1) A Paris, des voitures spéciales viennent chercher à domicile les objets à désinfecter et elles les rapportent après leur passage à l'étuve municipale. Dans la banlieue, les étuves sont mobiles ; elles sont conduites à proximité de l'immeuble où il y a des objets à désinfecter.

D. — *Désinfection des locaux.*

La désinfection des locaux est faite gratuitement par des désinfecteurs spéciaux. Pour obtenir cette désinfection, il suffit de s'adresser, à Paris, au commissaire de police du quartier (1).

Un médecin délégué est chargé de vérifier l'exécution des mesures prescrites ci-dessus.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris (année scolaire 1891-92).

— TRAVAUX PRATIQUES (semestre d'hiver). — Les travaux pratiques de physique, de chimie et d'histoire naturelle commenceront à partir du lundi 9 novembre 1891. Ils auront lieu, pendant le 1er semestre 1891-92, aux jours et heures ci-après désignés, à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole de médecine :

1° *Physique* : lundi, mercredi, vendredi, de 4 à 6 heures du soir;

2° *Chimie* : mardi, jeudi, samedi, de 8 à 10 heures 1/2 du matin;

3° *Histoire naturelle* : lundi, mercredi, vendredi, de 9 à 11 heures du matin. (Pour les travaux pratiques d'histoire naturelle, deux séries d'exercices seront organisées.).

— EXERCICES DE DISSECTION (Ecole pratique).

I. *Ostéologie.* — Les élèves de seconde année doivent, avant d'être admis à disséquer, subir l'examen d'ostéologie Ils sont invités à se faire inscrire, dans le plus bref délai, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 2), de midi à 3 heures.

Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 19 octobre.

II. *Dissection.* — Les pavillons de dissection seront ouverts, à partir du lundi 9 novembre, tous les jours, de midi à 4 heures.

Les prosecteurs, chefs de pavillon et les aides d'anatomie dirigent et surveillent les travaux des élèves. Ils font une démonstration quotidienne dans chaque pavillon.

a. Les étudiants de première année ne prennent point part aux travaux anatomiques.

b. Les exercices de dissection sont obligatoires pour tous les étudiants de deuxième et troisième années : les inscriptions ne leur sont point accordées sans certificat de dissection, et ils ne peuvent être admis à subir le 2me examen de doctorat (anatomie) s'ils n'ont disséqué deux semestres d'hiver complets.

c. Pour les autres étudiants et les docteurs, les exercices de dissection sont facultatifs. S'ils désirent y prendre part, ils devront se munir d'une autorisation du doyen.

Hopitaux de Paris.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — La composition écrite du Concours de l'internat aura lieu à la date fixée. le lundi 19 octobre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel-de-Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).

La lecture des copies sera faite, comme par le passé, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria.

— AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE (année 1891-1892). Saison d'hiver. MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 12 octobre 1891.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique, seront faites par M. le chef de laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves, par l'Administration de l'Assistance publique.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

(1) Dans la banlieue, c'est le maire qui doit assurer ce service.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame — *Téléphone.*



GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. DE RANSE**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8.— Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

DE LA THYROÏDECTOMIE (1)

I. — DE L'INNOCUITÉ DE L'ABLATION DU CORPS THYROÏDE ET DE LA CAUSE DES ACCIDENTS GRAVES DE LA THYROÏDECTOMIE,

par MM. G. ARTHAUD et L. MAGON.

Nous avons entrepris depuis plusieurs mois une série de recherches ayant pour but de déterminer le rôle physiologique de la glande thyroïde.

Nous avons obtenu dans cette voie un ensemble de résultats encore incomplets, dont nous croyons utile de distraire les faits qui font l'objet de la présente communication.

Depuis le mémoire de Schiff, il semble admis aujourd'hui que l'ablation des corps thyroïdes est une opération qui entraîne fatalement la mort des animaux.

Les récentes recherches de M. Laulanié et de M. Gley viennent encore appuyer les conclusions du mémoire de Schiff.

Sans entrer dans la bibliographie complète du sujet et sans vouloir examiner la valeur relative des diverses théories émises sur la fonction de la glande thyroïde, nous désirons simplement faire connaître aujourd'hui les résultats de nos expériences personnelles sur les conséquences immédiates ou éloignées de l'ablation totale du corps thyroïde.

Nous rappellerons tout d'abord que les expériences récentes relativement peu nombreuses que nous allons rapporter ne sont que la confirmation d'expériences beaucoup plus anciennes déjà faites par l'un de nous avec MM. Philippeaux et Vulpian, relativement à l'innocuité de l'ablation des corps thyroïdes chez le rat.

Ces premières expériences avaient porté sur six chiens et dix rats.

Sur ce nombre, nous avions obtenu trois survies pour le chien et chez le rat environ la moitié des cas.

Nos expériences actuelles ont porté sur quatre chiens, deux lapins et un cobaye. De plus, nous avons pratiqué la même extirpation chez la grenouille et le triton.

I. — Chez le chien, nous nous sommes bornés à l'extirpation du corps thyroïde. Trois chiens ont succombé, l'un au bout de huit jours, l'autre, au bout de sept jours, le troisième, au bout de six jours, présentant tous des lésions à peu près identiques. Ces lésions consistent en broncho-pneumonies nodulaires, hépatites et néphrites du type décrit par Laulanié.

Ce dernier auteur semble vouloir rattacher les hépatites et les néphrites qu'il a signalées, à une intoxication spéciale.

Mais les lésions du foie et du rein et les broncho-pneumonies observées en pareil cas, aussi bien que le syndrome morbide (albuminurie, urines biliaires, faiblesse, trémulation, respiration cardiaque), signalés par les auteurs sont, d'après leurs descriptions mêmes, ainsi que d'après notre observation personnelle, identiques aux lésions anatomiques et aux processus morbides étudiés par l'un de nous dans le cas de névrite unilatérale ou bilatérale des nerfs vagues.

Or, l'examen direct nous a montré que dans ces trois cas le nerf vague enflammé baignait dans le liquide séro-purulent de la plaie profonde dont la réunion était restée incomplète. Par conséquent, il nous paraît probable que la névrite du nerf vague a été pour ces trois chiens la cause prédominante de la mort, car elle explique à elle seule les phénomènes observés.

Quant au quatrième chien, dont la plaie dans sa partie profonde a été rapidement cicatrisée, il survit encore.

Opéré le 24 avril et sans avoir présenté d'autres symptômes que les légers désordres, succédant toujours à un traumatisme et à l'emploi simultané de l'anesthésie par la méthode de Dastre, il s'est complètement rétabli au bout de quatre jours. Actuellement, après plus de deux mois, son état de santé est excellent.

Son poids, qui était de 22 kil. 500, est même, aujourd'hui, de 29 kilogr.

Signalons pourtant que le 22 mai la plaie cicatrisée depuis longtemps présentait encore une légère suppuration au niveau d'un point de suture, et qu'à ce moment les urines, devenues abondantes et claires, présentaient de très légères traces d'albumine qui a disparu depuis.

II. — Nous avons opéré deux lapins; le premier a succombé rapidement dès le troisième jour avec congestion du poumon, du foie et des reins.

Le second, auquel nous avions enlevé non seulement le corps thyroïde en entier, mais encore la rate, a survécu depuis le 28 avril. Il ne présente aucun trouble appréciable.

III. — Chez un jeune cobaye, nous avons fait l'ablation simultanée du thymus et du corps thyroïde. Cette opération, pratiquée le 21 mai, n'a produit aucun désordre, et l'animal est aussi développé que les autres sujets de la même portée pris comme témoins.

IV. — Une grenouille privée de ses deux corps thyroïdes et de la rate, depuis deux mois, est encore dans un état satisfaisant.

En présence de ces résultats récents confirmatifs de nos expériences anciennes avec M. Philippeaux, il nous semble bien démontré que l'ablation des corps thyroïdes est une opération grave, mais non constamment mortelle, et que, malgré une léthalité très grande, l'extirpation totale de cette glande

(1) Communications faites à la Société de biologie.

peut être pratiquée sans entraîner aucune cachexie spéciale.

Il est donc possible, sans faire intervenir les greffes du corps thyroïde, les injections ou les saignées, de conserver vivants des animaux auxquels manquent les deux corps thyroïdes au-delà des délais indiqués par Schiff.

Mais il convient de rechercher la canse ponr laquelle l'extirpation de la glande thyroïde produit si fréquemment la mort des animaux. Pour nous, cette fréquence extrême des terminaisons funestes nous semble intmiement liée à la difficulté qu'il y a chez les animaux à pratiquer cette opération sans intéresser directement ou indirectement le tronc du cou, le sympathique, les laryngés et surtout les pneumo gastriques.

En effet, les lésions de ce dernier nerf, surtont quand elles sont bilatérales, peuvent expliquer la mort rapide ou lente, et produire par un processus, déjà longuement étudié, les troubles généraux ou locaux, les lésions d'hépatite, de néphrite parenchymateuse on interstitielle et les broncho-pneumonies que nous avons signalées plns hant.

II. — Expériences sur la thyroidectomie double,

par M. Ch. E. Quinquaud.

Depuis Schiff, Philippeaux et Vulpian, Kocher et Zesas, Sanguirico et Canalis, H. Munk, Albertoni, Tizzoni, Bruns, Grntzner, Michaelsen, Fano et Zanda, Rogowitz, Richard Ewald, Horsley, Gley, Laulanié, etc., ont étudié les effets de l'ablation des corps thyroïdes.

Nous-même, avec l'aide du Dr Butte, nous avons enlevé entièrement les deux corps thyroïdes ; d'ailleurs la vérification par l'autopsie a démontré que l'ablation avait toujours été complète. Les expériences qni ont été faites sur des chiens sont au nombre de onze ; les animaux ont survécu 4, 3, 8, 23, 13, 5, 3, 7, 5 jours, 4 mois et 18 mois ; nos résultats sont donc conformes à ceux qui ont été notés par les observateurs ; nous avons vu se produire de l'affaiblissement, une démarche ataxique avec tremblement, de l'amaigrissement, de la cachexie. Plusieurs symptômes sont intéressant à noter : tout d'abord la polydipsie, la mort presque subite, l'albuminurie assez fréquente, et surtont, avec ou sans augmentation de température, des accès de pseudo-asthme, qui peuvent s'expliquer en partie par de l'insuffisance rénale. Les lésions consistent surtout en congestion coexistant souvent avec une infiltration d'hématies dans le foie, les reins et le pancréas. Les chiens succombent tantôt avec une température élevée, tantot avec une température normale ; le foie ne renferme pas ou contient des traces de glycose ; la quantité de glycose du sang diminue.

Enfin, d'après les observations des auteurs, il semble que les ablations des deux corps thyroïdes soient toujours mortelles à brève ou à longue échéance ; deux de nos chiens ont succombé accidentellement, l'un après quatre mois, l'autre après dix-huit mois, et au moment de leur mort, ils étaient absolument normaux au point de vue de leurs différentes fonctions, malgré l'ablation complète des deux corps thyroïdes ; il est possible que s'ils avaient vécu plus longtemps, ils eussent présenté des troubles nutritifs ; mais ces denx faits démontrent que les animaux peuvent vivre au moins dix-huit mois sans corps thyroïde. Désormais, il faudra donc étudier les causes de la mort et suivre les animaux qui résistent longtemps à la thyroïdectomie double, si l'on veut étendre le cercle de nos connaissances sur les fonctions dn corps thyroïde.

III. — Sur les effets de l'extirpation du corps thyroïde.

Remarques au sujet de la note de MM. Arthaud et Magon, par M. E. Gley.

Je désire faire remarquer dans nos Bulletins, au sujet de la note présentée par M. Quinquaud au nom de MM. Arthaud et Magon, que les effets de la thyroïdectomie chez le chien, le chat et le singe sont aujourd'hui parfaitement connus ; le tableau symptomatologique est constant ; les accidents offrent toujours le même aspect typique et amènent toujours la mort (Schiff, Colzi, Sanguirico et Canalis, Wagner, Albertoni et Tizzoni, Fuhr, Ughetti et di Mattei, Rogowitch, Herzen, Horsley, Fano et Zanda, etc.). A la vérité, plusieurs expérimentateurs ont observé quelques cas qui n'ont pas été suivis de mort ; mais, à les analyser, ces cas, pour quiconqne a suivi le développement de nos connaissances, depuis 1884, sur le rôle du corps thyroïde, paraissent tous susceptibles d'une interprétation qui les explique en tant qu'exceptions apparentes à la règle. Il est facile de saisir la vérité de ces propositions snr le tableau suivent, où je résume les résultats obtenus par la plupart des expérimentateurs.

NOMS des AUTEURS	ANIMAUX OPÉRÉS	MORT	CAS de survie	OBSERVATIONS RELATIVES aux animaux ayant survécu
Schiff (1).....	60 chiens	jours du 4e au 30e	1	Accidents très graves pendant 50 jours.
Colzi (2)	chiens	du 3e au 8e	0	
Sanquirico et Canalis (3)..	11 chiens	du 4e au 27e	0	
Wagner (4)...	chiens et chats	du 2e au 11e	0	
Albertoni et Tizzoni (5)..	24 chiens	du 20e au 53e	4	1° Myxœdème et mort après 3 ans 5 mois ; 2° accidents convulsifs pendant treize jours, puis rétablissement, puis myxœdène et mort au bout de 5 mois ; 3° accidents convulsifs et mort le 11e mois ; 4° n'a pas été suivi.
Fuhr (6)......	14 chiens	du 2e au 21e	1	Tué au bout de 5 mois ; à l'autopsie on trouve deux glandules accessoires, l'une à la hauteur du 4e, l'autre du 6e anneau de la trachée, bien développées et présentant les caractères d'activité fonctionnelle, pesant ensemble 76 centigrammes.
Rogowitch (7)	40 chiens	du 2e au 28e	4	1° sacrifié 5 mois 1/2 après l'opération ; 2° sacrifié 3 mois 10 jours après l'opération ; pas de renseignements sur les deux autres.
	3 chats	du 16e ou 37e	0	
Herzen (8). ..	chiens	du 5e au 37e	0	
Horsley (9)...	singes		0	
Fano et Zanda (10).....	23 chiens	du 2e au 30e	1	Tué 1 mois après pour une autre expérience.
Lupo (11).....	11 chiens	du 10e au 31e	0	
Divers dans le laboratoire d'Ughetti (12)	une centaine de chiens		1	Vit encore depuis 1 an au mois de décembre 1890.
Gley.........	17 chiens	du 2e au 11e	1	Pas d'accidents depuis 1 mois 1/2.

(1) *Revue médicale de la Suisse romande*, 5 février et 15 août 1884.
(2) *Lo Sperimentale*, août 1884.
(3) *Archivio per le scienze mediche*, vol. VIII, 1884, p. 215.
(4) *Wiener med. Blätt.*, 1884, nos 25 et 30.
(5) *Archivio per le scienze mediche*, vol. X, 1886, p. 45.
(6) *Archiv. für exper. Pathol. und Pharmak.*, Bd XXI, 1886.
(7) *Arch. de physiol.*, 15 novembre 1888, p. 419.
(8) *Semaine médicale*, 1886, et *Revue médicale de la Suisse romande*, 1886.
(9) *British med. Journ.*, 1885, et *Comptes rendus Soc. de Biol.*, 1885.
(10) *Archivio per le scienze mediche*, vol. XIII, 1889, p. 365.
(11) *Progresso medico*, 1888.
(12) Ughetti et di Mattei, *Archivio per le scienze mediche*, vol. IV, 1885 ; — Ughetti, *Riformo medica*, octobre 1890 ; — Alonzo, *Sicilia medica*, II, fasc. 10-11, 1890.

Et ce tableau n'est pas complet, puisque j'en exclus volontairement les observations de Zesas (1) (dix chiens, trois chats), celles de Ewald (2), de H. Munk (3), de Drobnick (4), de Sanquirico et Orecchia (5) (renards), etc., soit parce que les expériences ont été compliquées à dessein, les auteurs cherchant à vérifier quelque hypothèse (question des rapports entre le corps thyroïde de la rate, étudiée par Zesas, par Ewald; explication des effets de la thyroïdectomie considérés comme des troubles nerveux réflexes, par Munk, par Drobnick), soit parce que les cas de survie sont relatés d'une façon insuffisante, soit parce que je n'ai pu me procurer les mémoires originaux.

Tel qu'il est, ce tableau présente néanmoins plus de trois cent cas de thyroïdectomie expérimentale, parmi lesquels une seule survie ayant quelque valeur (6) (cas de Cannizzaro, dans le laboratoire de Ughetti). Quelle importance pourrait-on dès lors reconnaître au cas de survie constaté par MM. Arthaud et Magon, sur les quatre seules opérations qu'ils aient pratiquées jusqu'à ce jour?

On est donc amené à considérer comme de singulières exceptions les très rares cas de survie après thyroïdectomie. Depuis la publication de l'important travail de Tizzoni et Centanni : *Sugli effetti remoti della tiroidectomia nel cane* (*Archivio per le scienze mediche*, 1890, vol. XIV, fasc. 3, p. 315), il est devenu absolument nécessaire d'apporter la plus grande réserve dans l'appréciation de ces quelques cas de survie (7) et il faut se garder de conclure d'une apparence de santé, même persistante pendant plusieurs mois, à une immunité réellement durable.

J'ajoute que les auteurs de la note en question ne tiennent aucun compte du fait, aujourd'hui bien établi, de l'existence de glandes thyroïdes surnuméraires. Les observations et les recherches de Wœlfler (8), de Wagner (9), de Piana (10), de Carle (11), de Fuhr (12), d'autres encore, ne permettent cependant pas de ne pas prendre en grande considération cette donnée anatomique.

Ainsi la connaissance de ces deux faits, dont la réalité est incontestable, présence de thyroïdes accessoires et possibilité d'accidents très tardifs, aurait rendu MM. Arthaud et Magon plus réservés dans l'appréciation de leur unique cas de survie, étant donnés d'ailleurs le très petit nombre de leurs observations et la durée relativement courte de cette survie (deux mois).

En ce qui concerne le lapin, tous les physiologistes qui ont pratiqué la thyroïdectomie sur cet animal ont reconnu qu'elle est sans effet, comme le disent MM. Arthaud et Magon. — Pour moi, je me réserve d'exposer prochainement les faits que j'ai observés à ce sujet.

Chez le cobaye, la thyroïdectomie ne détermine pas de troubles; c'est du moins ce que j'ai vu jusqu'à présent, de même que MM. Arthaud et Magon.

(1) *Archiv f. klin. Chirurgie*, Bd XXX, p. 395.
(2) *Berliner klin. Wochenschrift*, 1887, 1889.
(3) *Sitzungsberichte der kœnigs. preuss. Akad. der Wissensch.*, 1887, 1888.
(4) *Archiv. f. exper. Pathol. und Pharmakol.*, Bd XXV, 1888.
(5) *Bollettino della R. Acad. in Siena*, V, 1887.
(6) Valeur qui peut disparaître à l'autopsie, si l'on constate, comme on est en droit de le supposer, la présence d'une glande surnuméraire.
(7) Voyez dans le tableau ci-dessus à la colonne Albertoni et Tizzoni.
(8) *Wiener med. Wochenschrift*, n° 8, 1879.
(9) *Wiener med. B tt*, n° 25, 1884.
(10) *Gazzetta degli ospitali*, n° 42, 1886.
(11) *Centralblatt f. Physiol.*, n° 9, 1888.
(12) *Archiv. f. exper. Pathol. und Pharmak.*, 1886.

Reste la théorie proposée par les autres. Cette explication des accidents consécutifs à la thyroïdectomie par des troubles nerveux réflexes (dépendant de l'irritation des nerfs vagues, des filets sympathiques, au cours de l'opération et après celle-ci) n'est pas nouvelle; elle a été émise et défendue avec talent surtout par Munk (*loc. cit.*). Depuis les expériences si précises de Fuhr, de Fano, de Herzen (*loc. cit.*), en présence des preuves si fortes et si nettes accumulées surtout par les deux premiers, il ne semble pas possible de soutenir encore cette théorie; il faudrait au moins ne pas se contenter de l'avancer purement et simplement, sans faits nouveaux à l'appui. Il me paraît donc inutile d'en présenter la critique; celle-ci a été trop bien et trop complètement faite par Fuhr et par Fano pour qu'il soit nécessaire d'y revenir.

Quant au détail des faits rapportés par les auteurs de la note dont il s'agit, les accidents qu'ils énumèrent ne rappellent que vaguement et par quelques points secondaires seulement le tableau si caractéristique des troubles présentés par les chiens thyroïdectomisés; les phénomènes paraissent avoir complètement échappé à leur observation.

Je ferai une remarque semblable à propos de la communication de M. Quinquaud; par exemple, je rappellerai que les troubles respiratoires et l'élévation de température, phénomènes souvent observés déjà, sont liés aux attaques convulsives si graves qui sont la règle chez les chiens thyroïdectomisés.

De même M. Quinquaud ne note pas la lésion que l'on trouve presque constamment à l'autopsie dans les centres nerveux. Pour d'autres faits dont a parlé M. Quinquaud (présence de pigments biliaires et d'albumine dans les urines, lésions constatées à l'autopsie), je me permettrai de renvoyer à ma précédente note (*Soc. de Biologie*, séance du 16 mai 1891, p. 366).

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

DE LA TUBERCULINE DANS SES RAPPORTS AVEC LA CHIRURGIE DE LA TUBERCULOSE.

par M. Watson-Cheyne, de King's College.

(*Suite et fin*) (1).

3° *L'avenir de la tuberculine*. Le Dr Koch nous a enseigné que la tuberculine est un extrait glycériné des cultures du bacille tuberculeux, et que, si le principe curateur n'en est pas la seule substance active, au moins les autres principes n'ont-ils pas une importance bien considérable quant à leur action sur l'organisme. C'est là une manière de voir que je n'ai jamais pu accepter. Le bacille tuberculeux, comme les autres microorganismes, doit produire ses effets par les substances chimiques qu'il élabore; et si la tuberculine contient tout ce qui peut être tiré du bacille de Koch à l'aide de la glycérine, l'on doit y être retrouver toute une variété de substances dont certaines sont les agents par lesquels cet organisme exerce son action pathogène. Et c'est même ce qui me faisait terminer le travail, dont j'ai parlé plus haut, en exprimant l'espoir que, lorsque les efforts pour isoler la substance curatrice active auront été couronnés de succès, l'on constatera qu'une bonne partie des objections élevées contre la tuberculine n'existeront plus. Cet espoir a trouvé une plus prompte réalisation que je ne m'y attendais. Deux jours après la lecture de mon document, le Dr William Hunter vint à moi et me parla de

(1) Voir le numéro précédent.

recherches qu'il avait faites dans le but d'analyser la lymphe de Koch, et d'étudier l'action des substances obtenues sur certains animaux secondaires. Il me demanda de l'assister et d'examiner les effets de quelques-unes d'entre elles sur des cobayes tuberculeux; que si l'une ou l'autre offrait une action curatrice particulière, de l'essayer comme moyen de traitement. Depuis cette époque, nous n'avons cessé de faire des observations dans cette direction. Le Dr Hunter a déjà publié, récemment, quelques aperçus de son travail dans le *British Medical Journal*; en conséquence, je ne vous parlerai de nos travaux qu'en ce qui concerne l'action et la valeur curatrice des matières employées; en tout ceci, le Dr Hunter et moi, nous concordons absolument d'opinion.

Si l'on laisse tomber goutte à goutte la tuberculine dans de l'alcool absolu, il se dépose un abondant précipité, alors que certaines substances restent en dissolution dans l'alcool; nous désignerons le précipité par la lettre *A* et la solution alcoolique par la lettre *C*. Selon le Dr Hunter, le précipité *A* consiste presque totalement en matériaux protéiques, avec des traces de glycérine, de substance colorante et une petite quantité de sels. La solution *C*, d'autre part, contient la grande masse des sels présents dans la tuberculine avec une petite proportion de matériaux protéiques. Ces deux catégories de substances possèdent certaines propriétés médicales.

Nous avons traité plusieurs malades avec liquide *C*; je vais vous indiquer tout de suite les résultats obtenus. Je dirai tout d'abord qu'il produit l'élévation typique de température de la lymphe de Koch, mais sans aucune réaction inflammatoire locale appréciable; c'est là un effet qui s'observe très bien chez l'homme. Si l'on injecte une dose de liquide *C*, correspondant à 2 ou 5 milligrammes de tuberculine, à un malade atteint de lupus, on voit qu'après environ six heures, la température commence à monter rapidement, atteint même 40° C., et tombe ensuite en très peu d'heures. Deux fois, cette élévation de température s'est trouvée précédée d'un frisson. Elle est accompagnée d'un léger mal de tête et de la somnolence; mais il n'existe ni nausées, ni douleurs dans les membres, etc..., en somme, aucun des effets de dépression générale qui caractérisent la tuberculose. Si l'on continue l'administration de notre liquide, il se produit, ainsi que pour la tuberculine une réapparition de la pyrexie, laquelle devient graduellement moins accentuée, et enfin, disparaît entièrement, bien que la température puisse être quelque peu irrégulière pendant un certain temps. En ce qui concerne l'action sur le lupus lui-même, il n'y a localement, comme je vous l'ai dit, aucune réaction inflammatoire notable, et si l'on poursuit le traitement, la plaque morbide se sèche graduellement et se déprime. Ce processus réparateur a été particulièrement net dans le premier cas où nous avons institué le traitement. Il s'agissait d'un enfant de 18 mois porteur d'une large plaque de lupus sur la joue droite, avec une petite ulcération à son centre, des bords épaissis et des nodules le long de ces bords. Le lupus s'était également étendu vers l'oreille qu'il avait prise en son entier; le lobule en était fortement œdémateux et pendait au-dessous de l'angle de la mâchoire; cet œdème était évidemment dû à la compression exercée sur les lymphatiques et à leur oblitération. L'on voyait aussi de nombreux nodules lupiques sur le voile du palais et la partie supérieure du larynx, mais sans ulcération. Après un traitement de trois semaines environ par le liquide *C*, l'ulcération de la joue s'était cicatrisée; les bords autrefois épaissis s'étaient déprimés et les nodules isolés étaient moins marqués, en même temps que le lobule de l'oreille avait très distinctement diminué de volume. Actuellement l'amélioration est considérable, aussi bien pour la face que pour le voile du palais.

Nous avons également soumis à ce traitement 4 autres malades pendant un certain temps, un cas de scrofulodermie, et 3 cas de lésions articulaires avec fistules. Il y a eu une amélioration réelle dans le cas de la scrofulodermie, et aussi dans un autre cas où existaient des fistules en rapport avec des lésions des vertèbres et de l'articulation du genou; mais chez les deux autres malades, nous ne pouvons affirmer qu'il y ait du changement dans les parties atteintes. Chez ces derniers, cependant, nous n'avons pas longtemps poursuivi l'application du remède et nous n'avons pas poussé les doses aussi loin que nous l'eussions fait pour la tuberculine, la quantité ordinaire administrée ne s'étant trouvée équivalente qu'à 5 milligrammes de tuberculine, deux fois par jour. Nous sommes vite arrivés à cette conclusion que bien que cette substance possède certaines propriétés curatrices, on peut élever des objections à son emploi, à cause de la pyrexie qu'elle détermine, d'abord, et ensuite parce qu'elle semble contenir un principe antagoniste à son action curatrice.

Et le Dr Hunter a cherché à séparer les sels des matières protéiques, et nous avons pu constater que les propriétés curatrices résident dans ces dernières, tandis que les substances pyrétiques sont écartées par l'extraction même de ces sels. Des cobayes tuberculeux ont été traités avec ces sels alcaloïdaux purs, et n'ont montré aucune amélioration; bien plus, l'affection a fait de grands progrès, et même des progrès plus rapides que si elle avait poursuivi sa marche naturelle. Nous basant sur ces résultats, nous avons pensé qu'il y avait lieu d'écarter définitivement ces sels comme moyen de traitement. Nous avons ensuite expérimenté les protéiques que le Dr Hunter considère comme des albuminoïdes pratiquement purs et que nous pouvons désigner par *CB*.

Nous avons commencé l'usage de *CB* dans un cas de lupus du nez et de la face, à l'hôpital de King's College, dans un cas de lupus de la cuisse et du cou, et dans un autre d'affection articulaire de la synoviale du genou sans suppuration, à l'hôpital des Enfants, de Paddington. Ces cas ne sont en traitement que depuis trois semaines, aussi ne pouvons-nous en dire grand'chose actuellement.

Dans le premier cas de lupus, une femme de 50 ans, une grande partie du nez avait été détruite; l'on voyait des ulcérations sur ce qui en restait ainsi que sur la lèvre supérieure, et d'autres plaques ulcératives, avec nodules lupiques discrets, sur les deux joues. Sous l'action du traitement la plupart des plaques ulcérées se sont cicatrisées et les nodules sont sensiblement moins visibles. Après la première injection chez cette malade (la quantité de substance étant équivalente à 5 milligrammes de tuberculine) il se produisit une rougeur appréciable sur les plaques des joues, et plus tard, quand nous augmentâmes la dose jusqu'à 12 milligrammes trois fois par jour, nous pûmes constater un gonflement léger des plaques, et autour d'elles, sur une surface d'environ 1 centim. 1/2, une rougeur parfaitement distincte. L'amélioration est plus marquée sur l'enfant traité à l'hôpital de Paddington; il était porteur d'une large plaque de lupus hypertrophique à la partie postérieure de la cuisse gauche. Chez cet enfant, nous avons poussé les doses de telle façon, que, dans la semaine, nous sommes arrivés à 20 milligrammes trois fois par jour. Sauf un léger accroissement de la masse lupique qui s'est d'abord produit, nous n'avons pas constaté de signes de réaction locale ni aucun phénomène général.

Actuellement la surface du lupus a pris une coloration plus

pâle; elle se trouve de niveau avec les parties environnantes et ne présente pas d'aspect granuleux. Dans le troisième cas, celui de l'affection de la synoviale du genou, qui mesurait 4 centimètres de plus que l'autre au niveau du bord inférieur de la rotule, a décru maintenant de près de 1 centimètre, et il n'existe ni douleur ni trace d'inflammation locale. La dose, chez ce malade a été de 5 milligrammes deux fois par jour. La présence d'une légère réaction locale dans le premier et l'accroissement de volume du lupus dans le second, sont intéressants à comparer avec l'action de la solution *C*, qui n'a produit aucun signe d'inflammation. Ce fait, ajouté à d'autres particularités, semblerait impliquer que des sels alcaloïdaux, ou quelque autre substance, perdus pendant la préparation de *CB* (extrait de *C*), exercent une influence restrictive, en ce qui concerne ce point, dans la solution *C*. Quant aux effets généraux de *CB* chez ces malades, il n'a pas été noté de fièvre ou de troubles dans l'organisme après les injections ; la plus haute température, même chez l'enfant chez qui les doses ont été rapidement accrues, n'a été qu'en trois occasions seulement de 38°C., la moyenne oscillant entre 36°,6 et 37°8. Cette élévation de température semble démontrer que dans la préparation de *CB* l'on n'avait pu se débarrasser entièrement de toutes les matières produisant l'hyperthermie. Il est possible aussi que ces albuminoïdes puissent amener une légère pyrexie quand la dose initiale est forte ou qu'elle est rapidement augmentée ; mais là n'est point cependant leur action caractéristique. L'action médicale de cette substance, quoique très nette, est décidément plus lente que celle des matières dont je vais vous entretenir maintenant. Afin d'obtenir l'amélioration dont je vous ai parlé, nous avons jugé nécessaire d'accroître rapidement la quantité administrée, ce qui peut être dû, d'une part, à ce qu'une quantité considérable du *CB* total contenu dans la tuberculine est perdue par la méthode de préparation; et d'autre part à l'absence de l'inflammation initiale.

Abandonnons le liquide *C*. Nous allons maintenant tourner notre attention vers le précipité *A*. Si l'on administre à un malade une quantité de ce précipité équivalente à 1 ou 2 milligrammes de tuberculine, ce malade ressent tous les effets dépressifs caractéristiques de la lymphe de Koch : nausées, vomissements, douleurs dans le dos et les membres, affaiblissement de l'action du cœur; et en même temps la réaction locale typique, c'est-à-dire sur la partie malade, et autour d'elle, de la rougeur, du gonflement et de l'exsudation. En ce qui concerne la température, les résultats ont été assez variables; ordinairement, elle monte un peu, et quelquefois considérablement, mais, en général, cette ascension arrive à une période un peu plus tardive qu'après l'injection de tuberculine ou du liquide de *C*, et est probablement dépendante en partie du degré de l'inflammation locale, et en partie, et peut être surtout, de la quantité des substances produisant la pyrexie entraînées avec le précipité. La température n'est pas cependant la propriété spéciale de ces albuminoïdes, comme elle l'est, au contraire, du liquide *C*; ce qui est vraiment caractéristique en *A* est le trouble général et la réaction locale. Si maintenant on poursuit l'administration des injections, la tolérance s'établit graduellement, aussi bien au point de vue de la réaction locale que de la réaction générale. En fait, *A* agit d'une façon très similaire de la tuberculine, sauf cependant en ce qui concerne la pyrexie, comme nous l'avons mentionné plus haut. Nous n'avons recherché un peu longuement l'effet de cette substance que dans trois cas. Le premier concernait une fille de dix-neuf ans atteinte d'un lupus extensif de la face, du cou et du palais, ulcéré en divers endroits. Cette malade est en traitement depuis le 8 juin et l'amélioration est actuellement très nette; toutes les plaques ulcérées se sont cicatrisées, et bien que le tissu lupique soit sans aucun doute présent encore, l'apparence de notre petite malade est remarquablement meilleure; ce résultat est probablement le même que celui que l'on eût obtenu avec la tuberculine elle-même. Il s'agissait, dans le second cas, d'une scrofulodermie qui montra d'abord une amélioration considérable, sans aucune réaction générale ou locale marquée, ce qui est assez curieux; mais le progrès s'arrêta là et n'alla pas plus loin. La troisième observation avait trait à une maladie de la colonne vertébrale avec fistule septique; il n'y a pas eu ici de bénéfice notable par le traitement.

Il est évident, d'après ces recherches, qu'il existait une certaine proportion de substance utile en *A*, mais qu'elle contenait, associées avec elle, les matières qui entraînent à leur suite la réaction inflammatoire et dépressive, et, en somme, tous les mauvais effets de la lymphe de Koch; et il est clair que nous n'avions en elle pas grand'chose de meilleur que la tuberculine elle-même. Comme tous les résultats tendaient à nous prouver que la substance utile de la lymphe de Koch est un albuminoïde, le Dr Hunter a cherché à obtenir les albuminoses totales, présentes dans la tuberculine, à l'aide de la méthode qu'il a déjà décrite ; nous appellerons *B* la solution de ces albuminoses. Nous avons utilisé *B* comme traitement, et cela avec des résultats satisfaisants. Cette substance, même avec une dose initiale correspondant à 5 milligrammes de tuberculine, ne produit aucune réaction générale ; il n'y a point de malaise profond, de nausées, de douleurs dans les os, de dépression, etc., comme on le voit avec la tuberculine ou avec *A*. Il n'y a pas non plus d'élévation de température, à moins que la réaction locale ne soit considérable, alors on peut parfois voir une ascension secondaire légère, ainsi que nous l'avons vu une fois, dans le premier cas. Mais après la première injection, et quelquefois après la seconde et la troisième, il y a une rougeur et un gonflement local marqués, en fait la réaction locale de la tuberculine. Nous avons utilisé cette substance sur deux malades et tous les deux ont éprouvé une amélioration distincte. Il s'agissait, dans l'un de ces cas, d'un lupus extensif du cou et de la face avec ulcération, chez une femme de quarante-sept ans, qui est soumise à ce traitement depuis le 17 juin; la dose, de 2 milligrammes d'abord, a été graduellement élevée à 10 milligrammes trois fois par jour. Chez cette malade, les ulcérations se sont cicatrisées, et l'état de la face et du cou s'est modifié très favorablement, avec absence totale de symptômes fâcheux. Après la première injection, il y eut une réaction locale marquée et la température dépassa 39° C. dans les vingt-quatre à trente-six heures qui suivirent; mais elle tomba presque immédiatement ensuite. Depuis ce temps, il n'y a pas eu d'élévation au-dessus de la normale.

L'autre cas avait trait à un enfant sur lequel, au printemps dernier, j'avais pratiqué une arthrectomie de l'articulation coxofémorale, enlevé un séquestre de la tête du fémur et nettoyé un vaste abcès. La cicatrisation s'était mal faite, et il existait une vaste plaie au niveau du tissu cicatriciel, en avant. Quand on commença à pratiquer le traitement, c'est-à-dire le 3 juillet, la plaie avait une mauvaise apparence, et présentait l'aspect tuberculeux le plus typique. Après la première injection, il se produisit une rougeur considérable autour de la plaie; en très peu de jours celle-ci perdit son apparence de mauvaise santé, se couvrit de granulations de bonne nature, rosées, et se trouve maintenant presque fermée. Nous avons également

traité par B deux autres malades porteurs de fistules ; l'affection suit une marche favorable actuellement.

Pour nous résumer, nous voyons que tontes les substances que nous avons étudiées, c'est-à-dire *C*, *CB*, *A* et *B*, possèdent une certaine proportion d'action utile, mais aussi que certaines d'entre elles ont des qualités sujettes à objection. Ainsi *C* amène une amélioration très satisfaisante en asséchant et en faisant disparaître graduellement les tissus tuberculeux. L'objection que l'on peut lui faire est la présence d'une substance qui élève la température et probablement aussi d'une autre qui s'oppose à l'action bienfaisante du liquide. On se débarrasse de ces substances nuisibles par le procédé de la dialyse, ainsi que l'a décrit le Dr Hunter, et dans la substance ainsi obtenue, c'est-à-dire *CB*, nous trouvons une certaine proportion de principe utile, sans que son action soit accompagnée de symptômes fonctionnels fâcheux *A* possède également une certaine tendance à amener l'amélioration, mais il amène aussi des désordres généraux très sérieux, une réaction locale violente et, probablement tous les effets nuisibles de la tuberculine. En obtenant la totalité des albuminoïdes purs, soit B, on possède une substance qui ne produit aucun trouble général, non plus que, autant que nous l'avons constaté, d'élévation par elle-même de température, tandis qu'elle produit une réaction locale et, à sa suite, une amélioration réelle.

Il s'en déduit nettement que, ni *A* ni *C* ne sont applicables dans la pratique, mais que, d'autre part, la substance utile est présente dans *B* et *CB*, dans des conditions telles qu'elle est débarrassée des matières nuisibles de la tuberculine, dans la mesure au moins que nous l'avons apprécié. Dans les albuminoïdes *B*, comme les prépare le Dr Hunter, nous avons une substance qui a été séparée de l'agent pyrétogène et de celui qui cause la dépression et l'affaiblissement général. Nous ne pouvons encore dire si, en même temps, se trouve éliminé le corps qui prédispose à la récidive, en admettant même qu'une telle substance existe séparément ; mais nous croyons probable que la plus grande partie de cette dernière propriété réside dans les sels alcaloïdaux eux-mêmes on dans une autre substance qui est rejetée avec eux. Notre raison principale d'émettre cette opinion est le fait, auquel nous avons déjà fait allusion, que lorsque nous utilisions ces substances comme traitement des cobayes tuberculeux, l'affection semblait progresser plus rapidement que chez d'autres qui n'étaient pas soumis à l'expérience. En *B* nous reconnaissons la substance qui produit la réaction locale, et il existe des circonstances, surtout quand il s'agit de tuberculose interne, où cette réaction inflammatoire doit être soigneusement évitée. An contraire, dans la tuberculose externe, cette inflammation aiguë passagère, produite après les premières injections, donne parfois d'excellents résultats, et il est certainement des cas où *B* rendra plus de service que *CB*, pour cette même raison. Là où l'on doit craindre une inflammation primitive, nous possédons en *CB* un corps dans lequel cette propriété a été réduite au minimum, et duquel, nous a-t-il semblé, l'on a extrait toutes les substances nuisibles de la tuberculine. Le désavantage de *CB*, comparé à *B*, est qu'il a une action thérapeutique beaucoup plus lente, ce qui, sans doute, est dû à l'absence de l'inflammation primitive, et aussi au fait qu'une quantité considérable de cette substance est perdue par la méthode actuelle de préparation. Le Dr Hunter pense cependant que de beaucoup plus grandes quantités de *CB* pourront être obtenues par un autre procédé, ce qu'il recherche actuellement. Dans nos remarques sur l'action de ces substances diverses, nous n'avons naturellement signalé que les caractères principaux. Il est certain qu'à mesure que de plus nombreux cas seront traités, on trouvera des idiosyncrasies variées, comme on l'a vu pour la tuberculine et, comme nous l'avons noté par exemple, au sujet du liquide *A*, sous l'action duquel un des malades n'a présenté ni les phénomènes généraux, ni l'élévation de température caractéristiques de cette substance.

Naturellement, nous ne pouvons parler aujourd'hui que de l'action plus ou moins immédiate de ces divers albuminoïdes, et nous ne désirons pas susciter aucune espérance ou exprimer l'opinion que l'amélioration apparue dans les premiers temps restera permanente ; c'est là le rôle d'une expérience plus approfondie et plus prolongée ; nous retiendrons cependant une question de grande importance, c'est que, de ces solutions, les agents nuisibles de la tuberculine semblent avoir été définitivement éliminés.

Et maintenant l'on pourra me demander, en forme de conclusion, quelle appréciation je tire de ces résultats dans leurs rapports avec le traitement de la tuberculose chirurgicale. Sur ce sujet, je ne puis guère exprimer qu'une opinion conditionnelle ; mais autant que j'en puisse juger, je crois que les solutions *B* ou *CB* doivent être employées dorénavant au lieu et place de la tuberculine elle-même. Dans le mémoire que j'ai lu à la *Medical and Chirurgical Society*, j'ai fait mention de certains cas dans lesquels la tuberculine, en dépit de tous ses désavantages, offrait des indications réelles d'emploi ; et dans ces cas j'emploierais aujourd'hui *B* on *CB*. Tels seraient, par exemple, des cas de lupus rebelles et extensifs, où ces substances trouveraient leur emploi combiné à d'autres mesures ; des cas d'affections osseuses ou articulaires, où, après opération, la cicatrisation ne se fait pas, on bien encore là où toute la partie malade n'a pas pu être enlevée. Jusques à quel point l'on utilisera ces substances dans les cas où j'eusse déconseillé la tuberculine, l'expérimentation seule décidera ; mais je suis porté à croire qu'elles le seront avec avantage dans tel ou tel de ces cas, et que les conclusions tirées de l'action de la tuberculine elle-même doivent être modifiées quelque peu. C'est ainsi que dans la tuberculose génito-urinaire j'en étais arrivé à dire que la tuberculine est un remède trop dangereux pour en autoriser l'emploi ; cependant aujourd'hui je pense que, là où on ne peut intervenir chirurgicalement, il sera bon de tenter l'action du liquide *CB*, peut-être remplacé plus tard par *B*, mais d'aucune façon je ne prévois qu'un danger puisse en résulter.

La valeur thérapeutique de nos extraits, en chirurgie, sera fixée définitivement par la permanence plus ou moins parfaite de l'amélioration d'abord constatée et de la rapidité avec laquelle elle s'établira Le but auquel nous tendons, en effet, dans notre pratique chirurgicale, est une cure rapide et satisfaisante, sinon au moyen d'un traitement général, du moins par l'intervention opératoire.

Dès lors, et à moins qu'elles ne déterminent un résultat permanent et rapide, ces substances ne trouveront usage que dans les cas où les autres moyens sont impuissants à nous procurer satisfaction. Par exemple, aucun chirurgien ne pensera à soumettre un malade atteint d'une petite plaque de lupus ou même d'une plaque de moyenne dimension, placée dans une situation favorable pour l'intervention, à un traitement par injections qui durera des mois et des mois, alors qu'à l'aide de l'instrument tranchant il peut enlever le point malade, et le faire disparaître par des scarifications on autres méthodes. D'autre part, quand le lupus affecte des parties peu accessibles à un traitement chirurgical, ces substances seront peut-être d'une grande utilité en produisant l'arrêt de la maladie. Ainsi donc, en chirurgie, ce traitement prendra probablement une place secondaire aux mesures opératoires plus rapides et plus

complètes. Mais je ne puis m'empêcher de croire qu'en médecine, maintenant que l'isolement des substances toxiques que renferme la tuberculine est obtenu, ce traitement se trouvera placé dans une situation prééminente parmi les moyens qu'ont à leur disposition les médecins; et je compte sur les observations de ces derniers pour déterminer définitivement le rang que les substances utiles de la tuberculine dont nous avons parlé occuperont sur la liste des agents curateurs de la tuberculose.

REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX

I. — Sur une forme particulière de paralysie périodique familiale, causée vraisemblablement par une auto-intoxication, par le Dr Goldflam. (*Zeitschrift für Klinische Medicin*, t. XIX, fascicule supplémentaire, p. 240.)

II. — Sur l'akinésie algeria, par le Dr P. J. Mœbius. (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 1891, n° 1.)

III. — Contribution a l'étude du tremblement héréditaire, par le Dr M. Rubens. (Dissertation inaugurale, Vurzbourg, analysé in *Neurologisches Centralblatt*, 1891, n° 19, p. 601.)

En 1885, Westphal (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1885, nos 31 et 32) a publié une observation de paralysie périodique des quatre membres, avec abolition de l'excitabilité électrique pendant les périodes de paralysie. Il s'agissait d'un garçon de 12 ans, qui avait eu la fièvre scarlatine quatre ou cinq années auparavant; d'après les renseignements fournis par la mère du petit malade, la scarlatine avait dû se compliquer de néphrite. Puis, certaine nuit, l'enfant fut frappé subitement d'une paralysie des quatre membres; le jour précédent il avait éprouvé une sensation bizarre dans ces parties. Pendant l'attaque de paralysie, le malade s'était trouvé dans l'impossibilité absolue de bouger; il se plaignait d'une soif très vive, il avait une grande chaleur à la peau et il transpirait fortement.

Dans l'intervalle de temps qui s'est écoulé du 30 janvier au 23 avril 1885, l'enfant a eu cinq attaques semblables, d'une durée de quelques heures à un jour. La paralysie envahissait d'abord les membres inférieurs, pour s'étendre de là aux membres supérieurs et aux muscles du cou; pendant ce temps les réflexes plantaires et patellaires diminuaient jusqu'à disparaître complètement. La sensibilité restait intacte, ainsi que les fonctions de la vessie et du gros intestin. Par contre, l'excitabilité électrique des parties paralysées, subissait une abolition complète. Les attaques débutaient généralement le soir, annoncées par des sensations de paresthésie; en quelques heures elles atteignaient leur maximum d'intensité. Puis, au fur et à mesure du retour de la motilité, l'excitabilité électrique se rétablissait également.

Ce fait très énigmatique était en somme unique en son genre, et Westphal n'avait rien trouvé à dire sur la nature de cette paralysie qui évoluait à la manière d'une fièvre intermittente.

M. Goldflam vient de publier une observation qui présente de très grandes analogies avec celle de Westphal, et qui paraît devoir jeter quelque lumière sur la nature de cette singulière affection. Le fait concerne un jeune homme de 18 ans, qui, à l'âge de 4 ans, avait eu la fièvre typhoïde, puis une atteinte grave de scarlatine. Il lui était resté une otorrhée du côté droit et une diminution de l'ouïe de ce même côté.

Au commencement de l'année 1887, le malade a eu un eczéma qui envahit une grande étendue des téguments, et qui a guéri, à la suite d'une cure par les bains salins. Au mois de septembre de la même année, pendant la nuit, le malade a été frappé d'une paralysie complète des quatre membres et du tronc, qui a persisté pendant trois jours; le malade, pendant ce temps, était dans l'impossibilité de mouvoir la tête; il fallait lui enlever la salive de la bouche, le moucher, etc.

Dans le courant de l'été 1888, le malade a eu deux attaques semblables de paralysie, puis quatre autres, de deux jours de durée, dans le courant de l'hiver 1888-1889. Pendant l'été 1889, les attaques de paralysie sont devenues plus fréquentes; quelques-unes ont eu une durée de près de deux semaines. Pendant l'hiver dernier, les attaques n'ont été qu'au nombre de trois, durant chacune deux jours; le malade pouvait remuer légèrement la tête et faire quelques mouvements avec les doigts. Puis, à partir du printemps, la fréquence des attaques a de nouveau augmenté; le malade en avait une environ par quinzaine, d'une durée de vingt-quatre à quarante-huit heures.

Les parents du jeune homme racontaient que les attaques survenaient de préférence le vendredi; la veille elles étaient annoncées par des démangeaisons très violentes, surtout au niveau des mollets. Règle générale, les premiers signes de faiblesse se montraient entre 6 et 7 heures du soir, toujours aux membres inférieurs; dans le courant de la nuit la paralysie devenait complète, et le lendemain, au réveil, le malade ne pouvait plus remuer ces membres. Pendant la durée de l'attaque le malade était somnolent, mais conservait la pleine possession de ses esprits. Pas de troubles des fonctions sensorielles, de la parole, de la vessie. La fin de l'attaque était marquée par des sueurs profuses, critiques, d'un quart d'heure de durée, et par le retour des démangeaisons. Pour calmer ce prurit, il fallait qu'une personne de l'entourage grattât le malade. La motilité revenait d'abord aux doigts et aux bras, puis au tronc et, finalement, aux jambes.

A noter que pendant les attaques, le malade était sujet à une constipation des plus opiniâtres, qui ne cédait qu'à de fortes doses d'un purgatif. Le malade avait, du reste, l'idée, partagée par sa famille, que ses attaques de paralysie dépendaient d'un trouble des fonctions gastro-intestinales; depuis longtemps il ne prenait plus que du thé à son repas du soir, malgré qu'il eut très bon appétit, dans la crainte de s'attirer une attaque s'il prenait une nourriture plus consistante, et pendant la durée des attaques il ne buvait également que du thé.

L'étude minutieuse de ce cas, faite par Goldflam, a confirmé l'exactitude des détails qui précèdent. De plus, l'auteur a pu se convaincre que, pendant la durée de ces attaques de paralysie flasque, les réflexes tendineux et quelques réflexes cutanés étaient abolis, que l'excitabilité électrique neuro-musculaire diminuait jusqu'à disparaître, tandis qu'elle était normale dans l'intervalle des attaques; que la contractilité idio-musculaire se comportait de même; qu'il était possible de réveiller les attaques, lorsqu'on imposait au malade la station assise prolongée. Enfin, autre détail très curieux, l'enquête faite par Goldflam a démontré qu'il s'agissait là d'une neuropathie familiale: Un tableau généalogique annexé au mémoire de l'auteur montre que 11 membres de la famille du malade étaient sujets à de ces accès de paralysie intermittente. Cette filiation pathologique s'étendait exclusivement à la branche maternelle de la famille, et à un petit nombre de membres seulement. L'hérédité ne s'est pas exercée d'une façon continue, directe; le tableau dressé par M. Goldflam, montre que la maladie a sauté deux générations, pour réap-

paraître dans la troisième. Elle a frappé indifféremment des sujet des deux sexes, apparaissant en général entre l'âge de 15 et l'âge 20 ans. La fréquence des attaques était très variable d'un sujet à l'autre. Chez quelques-uns elles se reproduisaient toutes les semaines, chez d'autres. elles étaient séparées par des intervalles de plusieurs années; voire que la mère du malade dont il a été question plus haut n'a eu qu'une attaque dans le courant de sa vie. Il semble aussi que la fréquence des attaques tende à diminuer avec les progrès de l'âge. Chez un autre membre de la famille, une saignée a été la cause d'une première attaque mortelle. Un autre a une attaque de paralysie à l'âge de 60 ans, au sortir d'un bain froid, et il en est mort trois jours plus tard. A noter que le tableau clinique des attaques se reproduit avec une fidélité parfaite. chez tous les membres de la famille qui sont atteints de cette curieuse affection.

M. Goldflam a recherché dans les recueils de la littérature médicale les quelques exemples de paralysie intermittente publiés jusqu'à ce jour et qui peuvent être rapprochés de celui dont il a été question; il est arrivé à un total de 7 cas, non compris celui qu'il a observé personnellement, total auquel il y a lieu d'ajouter une observation de M. Pulawski, parue in *Gazeta lekarska* 1890, n° 40. En partant de ces faits l,auteur a entrepris une description détaillée de cette forme particulière de paralysie périodique, dont l'étiologie nous échappe totalement, et contre laquelle la thérapeutique s'est montrée impuissante jusqu'alors.

II. — Le nom d'*akinesie algeria* est donné par Mœbius à nn complexus symptomatique caractérisé essentiellement par une impuissance motrice en rapport avec des douleurs causées par certains mouvements, douleurs auxquelles on trouve difficilement une explication plausible. Cet ensemble de symptômes se rencontre habituellement chez des dégénérés, des déséquilibrés, et reconnaît pour cause occasionnelle des fatigues intellectuelles. Tantôt il s'y associe des accidents neurasthéniques, tantôt des manifestations de l'hystérie. Dans les deux cas le mal est très opiniâtre.

Voici la relation abrégée de l'un des deux cas relatés par l'auteur :

Professeur de gymnase, marié, âgé de 33 ans; son père était atteint de folie. Dans sa jeunesse il a été en proie a une excitation continuelle; il était de plus très ambitieux. En 1887, il a éprouvé une sensation de constriction à la tête, et il a souffert d'insomnie. Au printemps de l'année suivante, il est devenu impropre au travail, et on du le placer dans un établissement spécial. Vers cette époque il a perdu le souvenir de ce qui s'est passé autour de lui pendant trois ou quatre semaines. Chaque mouvement qu'il exécutait déterminait une sensation de lourdeur dans les membres et des douleurs musculaires. Le repos absolu et une cure d'engraissement lui ont procuré de l'amélioration. Puis une récidive est survenue. Le malade hésitait à exécuter le moindre mouvement, dans la crainte de réveiller les douleurs. Les réflexes cutanés et tendineux étaient normaux, sauf les réflexes patellaires qui étaient exagérés. On constatait de l'hyperesthésie aux avant-bras et aux mains; pas de points douloureux. Chaque mouvement volontaire exécuté par un membre ou par le tronc occasionnait des souffrances qui duraient des heures entières. Ces douleurs étaient prononcées surtout dans les avant-bras. Par contre les mouvements imprimés à la tête n'étaient nullement douloureux. La main gauche était le siège d'un certain degré d'atrophie musculaire, qui reconnaissait peut-être pour cause la pression exercée par un appareil en carton.

On fit prendre au malade, le soir, du bromure de potassium à la dose de 3 à 4 grammes. Cette médication lui procura un peu de calme et améliora le sommeil. La suggestion fut essayée sans aucun résultat utile. Le repos absolu prolongé amena de nouveau de l'amélioration. Puis survint une nouvelle rechute, suivie d'une nouvelle période d'amélioration.

A l'idée de Moebins, il s'agit là de troubles purement fonctionnels, d'ordre psychique, et non d'une affection organique. Les douleurs seraient d'origine hallucinatoire. La maladie serait quelque chose d'analogue à l'anesthésie généralisée dont des exemples ont été publiés dans ces derniers temps par Krukenberg, Heyne, von Ziemssen, en Allemagne, par F. Raymond, en France, et qui confine aux psychoses plus encore qu'à l'hystérie. Le pronostic ne paraît pas être très favorable, eu égard à la curabilité de la maladie. La première indication thérapeutique à remplir est de déférer au désir de repos que manifestent les malades.

III. — Récemment, le professeur Debove a communiqué à la Société médicale des hôpitaux (séance du 3 juillet 1891) des exemples de tremblement héréditaire se rapportant à des sujets de deux familles, et dont il croyait devoir faire une espèce particulière, possédant des caractères propres qui permettent de la distinguer des antres variétés cliniques de tremblement. En fait de documents relatifs au tremblement héréditaire, Debove n'avait pu trouver que quelques renseignements sommaires dans la thèse d'agrégaiion de Fernet, et dans les leçons du mardi de M. Charcot.

Or, il y a un an environ, M. Nagy, assistant à la clinique des maladies psychiatriques et nerveuses de Graz, a publié (*Neurologisches Centralblatt*, 1890, n° 18, p. 557), l'arbre généalogique d'une famille de trembleurs, le tremblement offrant une grande analogie de caractères avec celui de la sclérose en plaques et datant de la seconde enfance. Nagy réservait d'ailleurs la question de diagnostic, une autopsie pouvant seule trancher la question de savoir s'il s'agissait, dans les cas en question, d'un tremblement « essentiel » ou d'un tremblement symptomatique de la sclérose en plaques.

M. Max Rubens vient de publier dans sa thèse inaugurale un nouvel exemple de tremblement héréditaire familial, tiré du service du professeur Mendel. Il s'agit d'une famille dont la mère a tremblé depuis l'âge de 30 ans jusqu'à sa mort. Plusieurs enfants avaient hérité de ce tremblement, entre autre un fils qui a été observé par l'auteur. Il avait à ce moment 33 ans. Il racontait que depuis sa jeunesse, il avait toujours été très nerveux, et qu'il avait eu un commencement de phtisie pulmonaire, dont il avait guéri. Il avait été successivement compositeur d'imprimerie et photographe. C'est pendant qu'il exerçait cette dernière profession qu'il a été atteint d'un tremblement qui envahit d'abord la tête, puis les mains. On lui fit prendre du bromure de potassium et des bains. Ce traitement lui procura un soulagement passager. A part ce tremblement qui occupait la tête, les membres supérieurs et, à un moindre degré, les membres inférieurs, la malade ne présentait aucun autre trouble appréciable.

En fait de traitement, c'est l'électricité qui a donné les meilleurs résultats chez ce malade.

E. Ricklin.

(*A suivre.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les fractures expérimentales de l'épicondyle étudiées chez l'enfant et chez l'adulte et suivies de quelques observations nouvelles, par G. Austric. (Th. Paris, 1889.)

Le but que s'est proposé l'auteur a été non la description clinique de la fracture de l'épicondyle mais bien sa démonstration anatomique ; il a cherché dans l'expérimentation le moyen d'en faire reposer la pathologie sur une base scientifique indiscutable.

Deux grandes variétés de fracture doivent être admises, tant chez l'adulte que chez l'enfant, suivant que l'apophyse épicondylienne est seule intéressée ou que le fragment est formé en outre du bord externe de la face antérieure ou du condyle de l'humérus, la majeure partie étant toutefois constituée par l'épicondyle.

L'arrachement paraît impossible, la situation de quelques insertions musculaires sur le post-condyle, jointe à la dissémination de ces mêmes insertions, expliquant le peu d'efficacité de la contraction musculaire sur cette saillie.

Chez les enfants, la structure particulière de l'épicondyle se prête à la formation de variétés anatomiques de cette fracture plus nombreuses que chez l'adulte. On sait en effet qu'au-dessous de cinq ans l'épicondyle extra-condylien n'existe pas pour ainsi dire, que plus tard le sommet se dessine plus nettement avec l'âge, et qu'à quinze ans il est complètement constitué.

Sept observations déjà publiées terminent le mémoire de M. Austric.

Du rôle comparatif du cœur gauche et du cœur droit dans l'asystolie, par C. E. J. Van Henverswyn. (Th. Paris, 1889.)

L'organe central de la circulation étant double, il y a lieu de rechercher, en présence d'une asystolie au début, si les premiers symptômes trahissent l'affaiblissement du cœur tout entier ou simplement l'insuffisance de l'un des deux ventricules.

Certains cardiaques présentent uniquement les signes de l'asthénie du cœur gauche ; chez eux la stase débute par les malléoles, tels sont en général les aortiques purs. Chez d'autres, on observe seulement les manifestations symptomatique du cœur droit forcé ; alors le torrent circulatoire se ralentit tout d'abord dans les organes de l'hématose. Les signes stéthoscopiques indiquent que la sérosité a passé dans les alvéoles et même dans les bronchioles, qu'il y a de l'œdème pulmonaire. Il se trouve enfin des cas complexes où le cœur tout entier devient fonctionnellement insuffisant : même alors la connaissance des symptômes attribuables à l'insuffisance du cœur gauche et des manifestations du cœur droit est encore utile.

Selon que le ventricule gauche ou que le cœur droit est intéressé, la progression de la stase sanguine se fait suivant deux directions inverses. Dans le premier cas, elle est centripète, l'œdème se montrant à des niveaux de plus en plus élevés ; dans le second, elle est centrifuge, c'est-à-dire que le torrent circulatoire se ralentit tout d'abord dans les veines caves et le système porte donnant de l'ascite, dans les veines émulgentes et les veines iliaques déterminant d'une part de l'albuminurie congestive et de l'autre provoquant l'apparition aux jambes d'un œdème spécial.

Le pronostic varie dans les deux formes de l'asystolie. Les indications thérapeutiques diffèrent également et se dégagent de l'état du cœur et du mode de progression de la stase sanguine.

Le travail de M. Van Henverswyn bien écrit, bien étudié, bien nourri, se recommande à tous ceux qu'intéresse l'étude si difficile des cardiopathies.

De quelques déformations consécutives au spina-ventosa, par J. Ortholan. (Th. Paris, 1890.)

Le spina ventosa est une tuberculose osseuse. La forme clinique, l'évolution, l'anatomie pathologique, la virulence l'auto-inoculation de ses produits, la formation de nombreux abcès à distance, enfin la présence du bacille dans le pus le prouvent surabondamment.

Non seulement la diaphyse de l'os et les épiphyses peuvent être atteintes, mais les articulations mêmes sont susceptibles d'être lésées. C'est ainsi que les déformations consécutives au spina ventosa résultent, soit de changements survenus dans les diamètres de l'os, qu'il s'agisse de diminution ou d'augmentation d'épaisseur, de raccourcissement ou d'allongement d'atrophies épiphysaires ou diaphysaires ; soit de modifications observées dans la direction, avec luxations, ankyloses, courbures osseuses ou mouvements de rotation autour de l'axe longitudinal.

Le spina ventosa n'est pas une maladie spéciale : son nom, tout à fait impropre, devrait être abandonné et remplacé par celui d'ostéo-arthrite tuberculeuse.

Le traitement doit avoir pour principal but d'éviter les déformations persistantes. Pour cela il faut s'opposer à la marche envahissante du mal et tâcher de préserver les articulations. On poursuivra la destruction du foyer malade en s'adressant, si besoin est, à la résection.

Le travail de M. Ortholan reflète l'enseignement de son maître, le professeur Lannelongue.

Ch. Amat.

BULLETIN

La doctrine de la nature parasitaire de la phtisie est si bien entrée dans les esprits, elle a reçu de la découverte de Koch une confirmation si formelle, que toute objection vis-à-vis d'elle semble pouvoir être considérée à l'avance comme illusoire et stérile. Les quelques faits négatifs cités çà et là n'ont pu suffire à ébranler sur ce point une conviction devenue maintenant universelle. Pour ceux qui ont bien voulu en tenir compte, il s'agissait simplement, dans ces faits, de recherches incomplètes ou mal dirigées et qui, dès lors, n'autorisaient aucune conclusion. On est en droit pourtant de se demander si la science est aussi fixée qu'elle le paraît sur *l'unicité* de l'origine microbienne de la tuberculose. Ce qui autorise les doutes sur ce point, ce sont les recherches faites récemment sur la maladie tuberculeuse des animaux domestiques, en particulier celle des gallinacés, recherches qui tendent à établir que cette maladie peut être produite par des éléments parasitaires d'espèces très différentes, bien que pourvus de certains caractères communs de ressemblance morphologique extérieure. D'après les auteurs de ces travaux, la tuberculose aviaire se distinguerait par des traits essentiels de la tuberculose humaine et devrait, jusqu'à nouvel ordre, en être séparée. Voilà une première catégorie de faits qui milite dans une certaine mesure, contre le dogme de l'unicité visé tout à l'heure.

Dans un ordre d'idées analogue, nous avons vu récemment des médecins particulièrement autorisés exprimer des doutes concernant l'identité de nature de certaines affections englobées jusqu'à présent sous la rubrique de *tuberculoses locales*. En effet, la clinique permet pour ainsi dire chaque jour de constater des différences très sensibles entre ces affections, soit au point de vue du mode d'évolution, soit au point de vue plus spécial du pronostic. Les faits de cet ordre ont été empruntés surtout au domaine de la dermatologie, dans lequel on compte nombre d'affections réputées bacillaires et considérées en conséquence comme uniformément justiciables des méthodes de traitement appliquées habituellement aux lésions de cette catégorie. Or, d'après des travaux récents, il y aurait lien de formuler certaines réserves concernant l'opinion qui rattache toutes ces lésions indistinctement au bacille de Koch, et on serait en droit de se demander si elles ne peuvent pas être produites par des microbes d'espèces différentes. Toute provisoire et dubitative qu'elle puisse paraître, cette question n'en mérite pas moins d'être prise en considération et on doit, suivant nous, l'accepter tout au moins comme une sorte d'invitation à de nouvelles recherches. D'un autre côté, on a cité çà et là, dans ces derniers temps, quelques faits propres à ébranler un peu les convictions. Nous citerons en particulier celui que M. Charrin a exposé récemment devant la Société de biologie. Ce fait est relatif à un malade mort dans le service de M. Bouchard et vis-à-vis duquel on avait été conduit à formuler le diagnostic de granulie généralisée à forme typhoïde. L'autopsie confirma ce diagnostic, mais, d'autre part on rechercha vainement la présence du bacille de Koch dans les divers organes envahis par l'infiltration tuberculeuse. La méthode des cultures, à laquelle on eut même recours comme à un réactif particulièrement sensible, ne fournit elle non plus aucun résultat. Les ensemencements restèrent stériles. On ne parvint à isoler qu'une bactérie commune, de faible virulence, impossible à confondre avec le bacille de Koch. Voilà un fait dont il nous semble difficile de méconnaître la portée et qui, bien que simplement négatif, ne semble pas moins propre à justifier les doutes que de bons esprits ont formulés concernant l'identité absolue d'origine de toutes les affections tuberculeuses, considérées à un point de vue très général. Il est certain que si les faits similaires devenaient plus nombreux, la valeur de la découverte de Koch en serait un peu ébranlée et que cette découverte tendrait à perdre de son caractère encore incontesté de dogme scientifique. On entrevoit de la sorte un retour momentané, sinon durable, aux doctrines plus larges du passé, lesquelles représentaient la phtisie moins comme une entité morbide et une affection spéciale, que comme une sorte de produit commun où peuvent aboutir des lésions et des causes très différentes. Sans nul doute, cette étiologie un peu vague et trop large ne saurait satisfaire aujourd'hui notre besoin d'exactitude et de précision. Mais peut-être a-t-on été un peu loin dans la voie contraire et a-t-on spécifié à l'excès, pour réagir contre des idées trop générales?

Ce serait peut-être encore le cas de rappeler ici la tentative d'un savant maître, M. le Dr Empis, qui avait cherché, il y a déjà quelque vingt ans, à distraire du cadre de la phtisie une maladie spéciale décrite par lui sous le nom de *granulie*. Cette tentative n'a pas eu de suites et la conception de M. Empis a été abandonnée ultérieurement. On ne peut lui contester pourtant un certain degré de vraisemblance, après des faits pareils à celui que M. Charrin a rapporté et il est certain que ces faits lui donnent un certain appui, sinon une véritable confirmation. En tous cas, on est autorisé à en conclure que tout n'est pas dit encore sur cette vaste question de l'origine et de la nature des lésions diverses que l'on a englobées si longtemps sous la rubrique univoque de *tuberculose*.

Que l'on ne s'étonne pas d'ailleurs de ces doutes et des réserves que nous formulons ici vis-à-vis de notions qui semblaient définitivement acquises. L'histoire de la médecine renferme de nombreux exemples de ces retours en arrière et de ces atteintes portées dans la suite des temps à des vérités que l'on pouvait croire solidement assises. C'est ainsi que bien des systèmes et des doctrines ont disparu devant l'expérience accumulée des générations médicales. Ainsi le veut sans doute l'inéluctable loi du progrès scientifique.

P. M.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Présidence de M. BERGERON.

M. Henri Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, rend compte de la situation sanitaire à l'intérieur.

A Erquy (Côtes-du-Nord), quelques cas de fièvre typhoïde, qui font craindre le retour de l'épidémie qui a sévi dans cette commune au printemps dernier et y a produit 106 cas dont 18 décès, sont signalés.

La fièvre typhoïde n'est pas encore éteinte dans la garnison de Rodez; le 14 octobre, à ce qu'écrit le préfet, il y avait à l'hôpital dix militaires atteints, dont trois gravement; la population civile est touchée, mais jusqu'ici très légèrement; les médecins de Rodez n'ont à soigner que trois typhoïdiques, dont l'état ne présente aucune gravité.

A Castres, l'état sanitaire de la ville continue à être satisfaisant; mais la fièvre typhoïde signale encore sa présence dans la garnison; elle semble devoir rester localisée dans un quartier.

M. le préfet de la Côte-d'Or fait connaître que des cas de variole sont signalés à Dijon. Le médecin des épidémies demande l'envoi d'étuves à désinfection. Il a été répondu au préfet que la désinfection est utile et qu'il est désirable que le département de la Côte-d'Or et la ville de Dijon possèdent de telles étuves, mais que contre la variole le seul remède c'est la vaccination et la revaccination.

La variole a disparu d'Ajaccio. Voici le bilan de l'épidémie qui a été bénigne : hôpital civil, 70 varioleux, 2 décès; hôpital militaire, 3 varioleux, pas de décès.

A Tarascon, l'épidémie de fièvre typhoïde qui avait été signalée dans la population civile n'a pas persisté. Les médecins de cette ville n'ont eu à soigner que cinq cas; deux des personnes atteintes buvaient l'eau des puits de la ville; les trois autres, habitant la campagne, buvaient l'eau de puits entourés de tas de fumier. Le préfet, sur la proposition du médecin des épidémies, le Dr Trinquier, a engagé le maire à fermer les puits de cette ville.

M. le docteur Proust, inspecteur général des services sanitaires, fait ensuite la communication suivante :

A Bombay, le choléra a diminué et l'administration sanitaire égyptienne a supprimé les mesures sanitaires qui avaient été prises contre ce port.

Choléra de Syrie. — On estime à 4,000 environ le chiffre des décès produits par le choléra à Alep, du 3 juillet au 24 septembre.

L'existence du choléra à Damas est confirmée. Du 11 au 12 octobre, il y a eu 12 cas et 6 décès, et du 12 au 13, 38 cas, 14 décès; le 14, 29 cas, 11 décès; le 15, 23 cas, 9 décès; le 16, 34 cas, 23 décès; le 17, 35 cas, 13 décès;

C'est là une nouvelle grave à canse de l'importance de la ville de Damas et de son voisinage de Beyrouth. Aussi, le conseil sanitaire d'Alexandrie a prescrit d'appliquer le règlement contre le choléra à toute la côte de Syrie.

Le *Lloyd* austro-hongrois annonce qne, par suite de l'explosion du choléra à Damas et de la qnarantaine prescrite par le gouvernement austro-hongrois contre les provenances de Beyrouth, les batiments ne toucheront plus le Port de Beyrouth jusqu'à nouvel ordre.

Choléra de la côte d'Arabie.—Le conseil sanitaire d'Alexandrie a prescrit d'appliquer le règlement contre le choléra à toute la côte de l'Ymen, ou le choléra sévit d'une façon grave Il y a chaque jour une vingtaine de décès civils à Hodeidah et une centaine de décès militaires.

— Le comité a ensuite adopté les conclusions favorables à l'exécution de deux projets d'amenée d'eau destinés à l'alimentation des communes de Douvres (Pas-de-Calais) et de Salléles-Cabardès (Aude).

—Le Dr L. Perna raconte, dans la *Cronica medico-quirurgica de la Habana*, un cas de séparation prématurée dn cordon ombilical.

Il s'agit d'nne femme de 35 ans qui vient d'accoucher de son cinquième enfant. Surprise à 4 heures du matin par les douleurs, elle se mit sur le bord d'une malle, n'ayant pas le temps d'aller sur son lit, perdit les eaux et immédiatement après, accoucha d'un enfant qui tomba sur quelqnes nippes que la mère avait pu poser sur le sol.

Quand la « matrone » amenée par le mari arriva, elle tronva la femme recouchée, délivra la femme qui perdit peu de sang, et étonée que l'enfant n'en perdît pas, fit mander le Dr Perna. Quand celui-ci arriva, on avait jeté l'arrière-faix dans les cabinets, les personnes présentes avaient remarqué que l'extrémité du cordon placentaire se terminait en pointe comme un crayon. L'enfant rejeta dn méconium après avoir pris le sein; il n'eut aucun accident et il se porte bien. L'auteur de l'observation ne dit pas quelle apparence avait le cordon de l'enfant, il se borne à dire que la ceinture qui le maintenait était sèche quand il l'examina cinq heures après.

— M. Strauss a déposé, hier, sur le bureau du Conseil municipal de Paris, une proposition relative à l'organisation de l'enseignement de la médecine dans les hôpitaux. Cet enseignement serait exclusivement clinique et comprendrait toutes les branches spéciales des sciences médicales; les amphithéâtres et les laboratoires des hôpitaux seraient mis au service des professeurs.

De son côté, M. Navarre a déposé, dans la même séance, une proposition tendant à la création de deux chaires de clinique médicale et d'une chaire de clinique chirurgicale dans un hôpital de Paris à désigner ultérieurement.

Ces propositions ont été renvoyées à une commission qui aura à faire un rapport à ce sujet; la question reviendra ensuite devant le Conseil.

— Les journaux politiqnes ont fait, ces jours derniers, quelque bruit autour d'une prétendne grève des internes d'un grand hôpital de Paris. Informations prises, tout s'est borné à un incident sans importance et comme il s'en présente quelqnefois entre l'administration et les internes.

— Les journaux espagnols nous annoncent que le directeur du journal pédagogique hebdomadaire de Badajoz, le *Magisterio estremeña*, va publier la traduction du *Guide hygiénique et médical de l'Instituteur*, de MM. les Drs C. Delvaille et Brencq.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris

Saison d'hiver de l'année 1891-1892. — *Amphithéâtre d'anatomie*. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les travaux anatomiques ont commencé le lundi 12 octobre 1891.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. le Chef du laboratoire.

MM. élèves seront chaque jour excercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

— Concours de médailles d'or. —Le jury du concours des médailles d'or est composé de la façon suivante:

Médecine : MM Œttinger, Empis, Sevestre, Jaccoud, Broca.

Chirurgie : Gombault (d'Ivry), Prengrueber, Guérin, Jalaguier, Auvard.

— Concours de Berck. — Le Jury est composé de: MM. Lannelongue, Kirmisson, Peyrot, Nicaise, Campenon, Ollivier, Desnos.

— Concours de l'internat. — La composition écrite du concours de l'internat a eu lieu lundi à midi à l'Hôtel de ville.

La question tirée au sort était intitulée: «Articulation tibio-tarsienne. — Périostite phlegmoneuse diffuse.»

Les questions restées dans l'urne étaient: «1° Veines du membre inférieur. — Phlegmatia alba dolens. — 2° Muscles intrinsèques du larynx. — Goitre exophtalmique »

Corps de santé de la marine

Le directeur du service de santé de la marine et de l'École de médecine annexe de Rochefort passera, chaque année, aux environs de Pâques, l'inspection technique de l'Ecole principale de santé de Bordeaux.

— École de médecine navale de Bordeaux. — Un médecin principal de 1re classe sera affecté à l'Ecole principale du service de santé à Bordeaux en qualité de cinquième répétiteur.

Association pour l'enseignement des sciences anthropologiques. — *Ecole d'anthropologie*. — Seizième année 1891-1892). — Ouverture des cours le 3 novembre 1891, rue de l'École-de-Médecine, 15.

Anthropologie préhistorique: M. Gabriel de Mortillet, professeur. Le lundi à quatre heures. Programme: Question de l'Homme tertiaire. — L'Homme quaternaire.

Anthropogénie et embryogénie comparée : M. Mathias Duval, professeur. Le lundi, à cinq heures, à partir du 11 janvier 1892: Evolution ontogénique et phylogénique des organes des sens.

Ethnographie et linguistique : M. André Lefèvre, professeur. Le mardi, à quatre heures (à partir du 10 novembre): Les Religions indo-européennes.

Ethnologie : M. Georges Hervé, professeur. Le mardi, à cinq heures: Les Populations de la France.

Anthropologie biologique : M. J.-V. Laborde, professeur. Le mercredi, à quatre heures: Les fonctions intellectuelles et instinctives: La fonction générale du langage et de l'expression ou mimique. — Le langage articulé et la parole.

Anthropologie zoologique : M. P.-G. Mahoudeau, professeur-adjoint. Le mercredi, à cinq heures: Les ancêtres de l'homme.

Géographie médicale : M. Arthur Bordier, professeur. Le vendredi, à quatre heures: Le milieu social. — Action du milieu social sur l'homme et les animaux.

Anthropologie physiologique : M. L. Manouvrier, professeur. Le vendredi, à cinq heures: L'anatomie dans ses rapports avec la psychologie; étude de diverses catégories humaines et de l'hérédité psychologique.

Sociologie (Histoire des civilisations); M. Charles LETOURNEAU, professeur. Le samedi, à quatre heures : L'évolution littéraire dans les diverses races humaines ; ses rapports avec l'état social et politique.

Ethnographie comparée : M. Adrien DE MORTILLET, professeur-adjoint. Le samedi à cinq heures : Etude comparée des armes employées par les sauvages modernes et les peuples préhistoriques.

— COURS COMPLÉMENTAIRE. — *Anthropologie géographique* : M. Fr. SCHRADER. Le mardi à trois heures, à partir du 13 janvier 1892 : La Terre et l'Homme.

— CONFÉRENCES. — M. FAUVELLE. Le vendredi, à trois heures. Histoire critique des études dites psychologiques.

Les cours sont publics. — La bibliothèque et le musée d'anthropologie (musée Broca) sont ouverts aux auditeurs des cours, les lundis, mercredis et vendredis, de deux à quatre heures.

— ETHNOLOGIE. — M. Georges HERVÉ, professeur, commencera ce cours le mardi 3 novembre, à cinq heures et le continuera les mardis suivants, à la même heure. Il traitera des POPULATIONS DE LA FRANCE.

— ANTHROPOLOGIE BIOLOGIQUE. — M. J.-V. LABORDE, professeur, commencera ce cours le mercredi 4 novembre, à quatre heures, et le continuera les mercredis suivants, à la même heure. Il traitera des FONCTIONS INTELLECTUELLES ET INSTINCTIVES en général; et, en particulier, de la FONCTION GÉNÉRALE DU LANGAGE ET DE L'EXPRESSION OU MIMIQUE; du LANGAGE ARTICULÉ ET DE LA PAROLE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Vve Babé et Cie, éditeurs, place de l'École-de-Médecine, 23.

Encyclopédie d'hygiène et de médecine publique. — Directeur JULES ROCHARD. Tome IV, 1er fascicule : HYGIÈNE URBAINE; chapitre 1er : *Etablissements publics*, par MM. les Drs ROCHARD, VOLLIN et GARIEL. — In-8°, avec figures intercalées dans le texte. Prix : 3 fr. 50.

Bibliothèque évolutioniste. Tome II : HÉRÉDITÉ ET EXERCICE, par M. Ball, suivi d'un appendice par M. H. OSBORNE : *Les variations acquises sont-elles héréditaires ?* — Un vol. in18-, cart. Prix : 3 fr. 50.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 4 AU 10 OCTOBRE 1891

Fièvre typhoïde, 4. — Variole, 1. — Rougeole, 2. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 10. — Diphtérie, croup, 11. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 181. — Autres tuberculoses, 29. — Tumeurs cancéreuses et autres, 53. — Méningite, 30 — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 52 — Paralysie, 6. — Ramollissement cérébral, 5. — Maladies organiques du cœur, 58. — Bronchite aiguë et chronique, 35. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 51. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 98. — Fièvre et péritonite puerpérales. 4. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 24. — Sénilité, 25. — Suicides et autres morts violentes, 41. — Autres causes de mort, 153. — Causes inconnues, 12. — Total 887.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F DE RANSE
Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).
Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

LA PULVÉRISATION PHÉNIQUÉE. — SON APPLICATION AU TRAITEMENT DE L'ORCHITE BLENNORRHAGIQUE (1).

Par le Dr Paul Thiéry
Prosecteur de la Faculté
et M. Henri Fosse
Externe de l'hôpital du Midi.

Au moment où de toutes les pratiques antiseptiques dont l'ensemble composait le pansement dit de Lister la pulvérisation phéniquée tend à être la plus abandonnée, à tel titre qu'elle ne figure pour ainsi dire plus dans les amphithéâtres de grande chirurgie gynécologique, il n'est pas sans intérêt de la tirer d'un juste oubli en rappelant les merveilles qu'elle a pu faire en petite chirurgie et en lui donnant même, s'il est possible, quelques applications nouvelles.

Que la pulvérisation phéniquée ne soit, la plupart du temps, au moment des opérations chirurgicales qu'un luxe inutile, nous n'y contredisons nullement, et les brillantes séries obtenues par les opérateurs qui l'ont reléguée au second plan et l'ont abandonnée, justifient cette opinion.

Mais ce n'est point une raison pour que le pulvérisateur soit complètement délaissé, et nous croyons que cet instrument, avec les perfectionnements qui en font actuellement un instrument parfait n'était son prix élevé, doit passer du domaine de la chirurgie opératoire dans celui de la pratique courante ; c'est à ce titre qu'un de nous l'a fait figurer dans la nomenclature des instruments utiles sinon indispensables au praticien de la ville et de la campagne (2).

(1) Nous n'avons pas la prétention d'étudier dans ce travail les multiples applications de la pulvérisation phéniquée, la théorie de son mode d'action, et la technique de son emploi Notre maître Verneuil l'a suffisamment fait connaître dans son enseignement et ses communications. Nous voulons seulement publier quelques essais que nous avons tentés à l'hôpital du Midi, dans le service de notre cher maître le Dr Humbert, qui nous a donné une marque d'affectueuse estime en nous confiant la direction de son service, pendant la période des vacances.

P. Thiéry.

(2) Thiéry. *Précis d'assistance aux opérations.*

C'est en effet, en petite chirurgie que sa place a été marquée par le professeur Verneuil, et c'est là, dans le traitement des affections les plus banales, qu'il rendra les plus grands services.

Nous rappellerons brièvement qu'en vertu de sa puissance de pénétration, la pulvérisation remplace avantageusement les bains permanents phéniqués parfois si dispendieux ou si difficiles à appliquer, et dès lors ses applications deviennent multiples :

1° Dans le traitement de l'anthrax et des furoncles où elle a pu, au début, faire avorter la suppuration ; où plus tard elle peut remplacer les méthodes toujours douloureuses et parfois dangereuses de l'incision et de l'excision ;

2° Dans les diverses inflammations phlegmoneuses superficielles des membres et du tronc, et dans les adénites en voie de suppuration où lorsqu'elle n'amène pas la résolution et ne détermine pas la guérison, elle soulage toujours instantanément le malade (adéno-phlegmon sous-maxillaire par exemple).

3° Dans le traitement des plaies sanieuses (infiltration d'urine, gangrène) ou non réunies où elle devient un des éléments importants du pansement antiseptique ouvert de Verneuil ;

4° Dans le traitement de l'érysipèle.

Dans cette première catégorie, elle fait partie du traitement le plus pratique des plaies suppurées ou des affections septiques en voie ou non de suppuration et agit en remplaçant le bain permanent.

La pulvérisation trouve encore son application :

5° Dans le traitement des hémorroïdes procidentes étranglées où elle ne tarde pas à amener la diminution de volume, puis la réduction du bourrelet avec détersion des portions mortifiées, bien préférable en cette occasion aux procédés douloureux de la thermo-cautérisation ou de la cautérisation potentielle par les acides ;

6° Dans le traitement des lymphangites dont la porte d'entrée reste inconnue, où la plaie d'origine est guérie et où il ne reste plus d'autres ressources pour porter à travers la peau les antiseptiques jusqu'au contact des lymphatiques infectés que la pulvérisation qui, par sa force de pénétration, permet une imbibition rapide du tissu dénotée par la coloration noire des urines, laquelle, toujours précoce, apparaît souvent après la première séance de pulvérisation ;

7° Enfin en vertu de cette même force de pénétration, nous nous sommes souvent demandé et nous nous réservons d'en faire l'essai, si la pulvérisation ne pourrait constituer un excellent procédé d'antisepsie préopératoire non seulement dans les régions saines (ablations de tumeurs non inflammatoires), mais encore dans l'ablation de quelques tumeurs suppurées (ganglions par exemple), dont le voisinage ne laisse du côté de la peau que peu de chances de succès pour la réunion par première intention, lorsque celle-ci est désirable.

Nous avons dit que la pulvérisation jouait le rôle du bain anti-

septique permanent par l'acide phénique qu'elle contenait. C'est là un de ses modes d'action les plus nets et que révèle la coloration des urines (1) ; elle supplée en outre fort avantageusement à l'antique cataplasme, autrefois si précieux contre les symptômes tension et douleur des tumeurs inflammatoires, mais aussi si redoutable par la septicité que ne manquait pas d'engendrer un pareil foyer de fermentation.

En d'autres termes, il se dégage de l'analyse de son mode d'action qu'elle agit :

A Contre les agents septiques par l'acide phénique qu'elle contient;

B Contre la douleur et le gonflement inflammatoire par les deux qualités essentielles du cataplasme : *chaleur* et *humidité*.

En sorte que, ses propriétés étant ainsi analysées, on peut, au gré du chirurgien (tout en conservant toujours ces deux dernières qualités, chaleur et humidité, éléments essentiels de cette méthode et en faisant varier l'antiseptique en suspension, et la proportion pour laquelle il entre dans le mélange), on peut répondre aux desiderata d'une antisepsie bien comprise, sans formule unique, mais où chaque élément infectieux est soumis à l'antiseptique qui paraît le combattre le plus efficacement. (2) (sublimé pour l'érysipèle, acide phénique pour l'ostéomyélite et l'anthrax, etc.)

Nous n'avons donc rien fait de nouveau en appliquant cette méthode au traitement de l'orchite : c'était appliquer une simple déduction logique à une affection dont les symptômes cardinaux sont le gonflement et la douleur, c'est-à-dire précisément ceux contre lesquels la pulvérisation s'est constamment montrée efficace. Nous n'oserions même affirmer n'avoir point été précédés dans cette voie dont l'idée est si simple, bien que nous n'ayions connaissance d'aucun travail antérieur sur ce sujet.

Pour être logiques et nous conformer aux principes que nous avons énoncés plus haut, il eût fallu analyser les trois éléments de l'orchite, c'est-à dire ses caractères inflammatoires et douloureux et sa nature infectieuse. Contre les deux premiers la chaleur et l'humidité de la pulvérisation devaient être souveraines *a priori* : il eût été utile, pour parfaire la théorie avant de passer à la pratique, d'adjoindre contre l'élément infectieux quelque antiseptique spécifique qui s'attaquât directement à l'organisme septique, gonococcus de Neisser par exemple, en étant porté indirectement à travers les téguments, comme cela a lieu pour l'acide phénique, jusqu'au foyer même de contamination.

Ce serait un point intéressant à reprendre et où il y aurait à déterminer deux inconnues :

1° L'antiseptique de choix;

2° La capacité de pénétration de cet antiseptique dilué par la pulvérisation.

Pour le moment, nous ne ferons que mentionner le salicylate de soude (3) et la teinture d'anémone pulsatille (4) qui pourraient, semble-t-il, être employés avec succès dans ce but.

(1) Il est fort curieux, en effet, de voir la pulvérisation, plus pénétrante que le bain permanent, provoquer de bonne heure la coloration noire caractéristique des urines alors que ce criterium de l'absorption de l'acide phénique manque la plupart du temps même après des bains antiseptiques prolongés, surtout s'il n'y a pas solution de continuité des téguments.

(2) Voyez à ce sujet une très remarquable communication de M. Verneuil au Congrès de chirurgie de 1891.

(3) Voyez thèse de Pigornet, 1886.

(4) Voyez thèse de Dormand, 1888, avec 50 observations de l'un de nous.

Dans les seuls cas où nous avons tenté de produire par ce moyen l'absorption du salicylate de soude et de l'iodure de potassium, nous avons échoué, la réaction caractéristique de l'un et l'autre de ces médicaments n'ayant pu être décelée par nous dans leurs urines après deux séances de pulvérisation de solution médicamenteuse.

Comme on le voit, nous n'attribuons qu'une faible part des résultats que nous avons obtenus à l'acide phénique que contenait notre pulvérisation, réservant tout le bénéfice obtenu à la pulvérisation elle-même (1).

Nous résumons brièvement les observations sur lesquelles est basé ce travail, en faisant remarquer qu'en réalité elles ne correspondent nullement à la totalité des cas où nous avons employé la méthode de la pulvérisation : nous ne mentionnons ici que ceux sur lesquels nous avons recueilli des notes précises.

Observations

Observation I. — P.. âgé de 21 ans. Blennorrhagie antérieure ayant duré sept ou huit mois suivie d'épididymite gauche. Actuellement blennorrhagie datant d'une quinzaine de jours. Epididymite droite depuis trois jours. Douleurs très vives, tuméfaction légère, insomnie.

1re *pulvérisation*. Les douleurs ont disparu. — 4e *pulvérisation*. La tuméfaction a disparu. — A la sortie, il reste une induration de l'épididyme. — Le traitement a duré trois jours.

Observation II. — L., âgé de 29 ans. Blennorrhagie datant de deux ans. Epididymite gauche, il y a deux ans, guérie en quinze jours. Actuellement, nouvelle épididymite gauche depuis la veille. Douleurs assez vives. Tuméfaction. Inappétence. Fièvre.

1re *pulvérisation* Pas d'amélioration, puis augmentation des douleurs et de la tuméfaction. — 6e *pulvérisation*. Les douleurs ont disparu. — 10e *pulvérisation*. Plus de tuméfaction. — A la sortie, après la 11e pulvérisation, il reste une légère induration de l'épididyme. — Le traitement a duré six jours.

Observation III. — P. L., cordonnier, âgé de 25 ans. Blennorrhagie datant de deux ans. Epididymite gauche depuis huit jours. Douleurs. Tuméfaction. Fièvre. Insomnie.

3e *pulvérisation*. Les douleurs ont disparu avec la fièvre et l'insomnie. — 10e *pulvérisation*. La tuméfaction a disparu également. — A la sortie, il reste une légère induration de l'épididyme. Le traitement a duré cinq jours.

Observation IV. — X., âgé de 24 ans. Blennorrhagie datant de trois mois. Epididymite gauche depuis deux jours. Douleurs très vives. Tuméfaction.

1re *pulvérisation*. Les douleurs ont disparu. — 10e *pulvérisation*. La tuméfaction a disparu. — A la sortie, il reste une faible induration de l'épididyme. — Le traitement a duré six jours.

Observation V. — M. âgé de 19 ans. Blennorrhagie datant de cinq mois. Il y a un mois, épididymite droite guérie en quinze jours. Actuellement épididymite gauche depuis trois jours, Douleurs très vives. Tuméfaction légère.

1re *pulvérisation*. Les douleurs ont disparu. — 8e *pulvérisation*. La tuméfaction a disparu. A la sortie, il reste une induration insensible de l'épididyme. Le traitement a duré quatre jours.

Observation VI. — L., âgé de 21 ans. Blennorrhagie datant de quatorze mois. Epididymite double depuis trois jours. Douleurs très vives. Tuméfaction. Insomnie.

1re *pulvérisation*. Les douleurs sont très apaisées. — 10e *pulvérisation*. Les douleurs et la tuméfaction ont disparu entièrement. A la sortie, après la 11e pulvérisation, il reste une induration légère des deux épididymes. Le traitement a duré six jours.

(1) C'est réaliser le bain permanent si difficilement applicable à cette région.

Ce malade, revu quinze jours après, avait conservé tout le bénéfice de son traitement et ne présentait plus que quelques faibles traces de son épididymite double à la queue de chaque épididyme.

Observation VII. — F , âgé de 31 ans. Blennorrhagie datant d'un mois. Epididymite gauche depuis huit jours. Funiculite. Douleurs vives. Tuméfaction.

1re *pulvérisation*. Douleurs et tuméfaction commencent à diminuer. — 5e *pulvérisation*. La tuméfaction a disparu. — 7e *pulvérisation*. Les douleurs de l'épididyme ont disparu; il reste une funiculite légère qui disparait à son tour après la 16e *pulvérisation*. A la sortie, il reste une induration de la queue de l'épididyme. Le traitement a duré huit jours.

Observation VIII. — T. M., âgé de 21 ans. Blennorrhagie datant d'un mois Epididymite double depuis six jours. Douleurs très vives. Tuméfaction double.

2e *pulvérisation*. Les douleurs et la tuméfaction commencent à diminuer. — 6e *pulvérisation*. La tuméfaction et les douleurs ont disparu à droite et augmenté à gauche. Funiculite douloureuse à gauche. — 15e *pulvérisation*. Il ne reste plus ni douleur ni tuméfaction. — A la sortie, il reste une induration des deux épididymes. — Le traitement a duré huit jours.

Observation IX. — B., âgé de 22 ans. Blennorrhagie datant de quatorze mois. Epididymite double depuis treize jours. Douleurs très vives s'irradiant dans les lombes. Tuméfaction double. Insomnie.

1re *pulvérisation*. Les douleurs disparaissent pour revenir, moins violentes, une heure après. — 5e *pulvérisation*. Les douleurs et la tuméfaction ont disparu à gauche. —16e *pulvérisation*. Toute douleur a disparu des deux côtés.— A la sortie, il reste une induration insensible des deux épididymes. — Le traitement a duré huit jours.

Observation X. — C. F., âgé de 27 ans. Blennorrhagie datant de quatre semaines. Epididymite droite depuis sept jours. Epididymite gauche depuis trois jours. Douleurs très vives. Funiculite légère. Tuméfaction.

1re *pulvérisation*. Amélioration notable. — 7e *pulvérisation*. Les douleurs ont disparu. — 9e *pulvérisation*. Les douleurs reparaissent très vives. La tuméfaction augmente. — 16e *pulvérisation*. Les douleurs ont disparu, excepté le long du cordon. — 18e *pulvérisation*. Tout a disparu. — A la sortie, il reste une induration des deux épididymes. — Le traitement a duré neuf jours.

Observation XI. — B., âgé de 38 ans. Blennorrhagie datant de trois ans. Epididymite gauche depuis quatre jours. Douleurs assez vives. Tuméfaction. Insomnie.

5e *pulvérisation*. Les douleurs ont disparu. — 8e *pulvérisation* Plus de tuméfaction. — A la sortie, il reste un petit point induré à la queue de l'épididyme. — Le traitement a duré quatre jours.

Observation XII. — D. G., âgé de 20 ans. Blennorrhagie datant de deux mois et demi. Antérieurement première épididymite droite guérie. Actuellement, épididymite gauche depuis quatre jours. Douleurs très vives. Tuméfaction.

1re *pulvérisation*. Grande amélioration. — 6e *pulvérisation*. Les douleurs ont disparu. — 14e *pulvérisation*. La tuméfaction a disparu également. — A la sortie, il reste une induration insensible de l'épididyme. — Le traitement a duré huit jours.

Observation XIII. — P., âgé de 25 ans. Blennorrhagie datant de cinq mois. Epididymite gauche depuis quatre jours. Douleurs. Tuméfaction.

7e *pulvérisation*. Les douleurs ont entièrement disparu. — 8e *pulvérisation*. Plus de tuméfaction. — A la sortie, il reste une induration de l'épididyme. — Le traitement a duré quatre jours.

Observation XIV. — Theh., âgé de 32 ans. Blennorrhagie datant de deux mois. Epididymite gauche et funiculite. Douleurs très vives. Tuméfaction étendue au cordon.

5e *pulvérisation*. Les douleurs ont disparu du côté de l'épididyme. — 7e *pulvérisation*. Les douleurs ont complètement disparu. — 8e *pulvérisation*. La tuméfaction a disparu entièrement. — A la sortie, il reste une induration de la queue d'épididyme. — Le traitement a duré quatre jours.

Observation XV. — Chahr., âgé de 20 ans. Blennorrhagie datant de trois semaines. Epididymite gauche depuis six jours. Douleurs très vives. Epanchement abondant dans la vaginale.

1re *pulvérisation*. Les douleurs augmentent. Insomnie. — 8e *pulvérisation*. Les douleurs ont disparu. L'épanchement reste stationnaire. Puis, il commence à diminuer, et finit par disparaître après la 28e *pulvérisation*. — A la sortie, il reste une induration légère de l'épididyme. — Le traitement a duré quatorze jours.

Observation XVI. — M., âgé de 30 ans. Blennorrhagie datant de trois mois. Epididymite double depuis quatre jours, avec funiculite double. Douleurs vives. Tuméfaction.

1re *pulvérisation*. Amélioration notable. — 5e *pulvérisation*. Les douleurs ont disparu à droite. — 7e *pulvérisation*. Les douleurs ont à peu près complètement disparu à gauche. Tuméfaction presque nulle. — A la sortie, il reste une tuméfaction à peine sensible, une induration de l'épididyme et une légère sensibilité. — Le traitement a duré quatre jours.

Observation XVII. — L., âgé de 20 ans. Blennorrhagie datant d'un mois. Epididymite gauche depuis trois jours. Douleurs peu intenses. s'étendant au cordon. Tuméfaction.

1re *pulvérisation*. Amélioration notable. 3e *pulvérisation*. Les douleur sont beaucoup diminué le long du cordon. Mais des douleurs vives surviennent par accès dans l'hypogastre et la région crurale. — 9e *pulvérisation*. Les douleurs ont disparu ainsi que la tuméfaction. — Sortie après la 10e *pulvérisation*. Le traitement a duré cinq jours.

Observation XVIII. — Cham., âgé de 28 ans. Blennorrhagie datant de deux mois. Epididymite gauche depuis quatre jours. Douleurs vives. Tuméfaction. Funiculite légère.

1re *pulvérisation*. Les douleurs ont beaucoup diminué, ainsi que la tuméfaction. — 2e *pulvérisation*. Les douleurs sont plus vives. — 10e *pulvérisation*. La tuméfaction a disparu. Il reste un peu de sensibilité, qui disparait tout à fait après la 11e *pulvérisation*. — A la sortie, il reste une induration légère d'épididyme. — Le traitement a duré cinq jours.

Observation XIX. — Mech., âgé de 22 ans. Blennorrhagie datant d'un an. Epididymite droite depuis cinq jours. Symptômes habituels.

1re *pulvérisation*. Les douleurs diminuent pour reparaître plus vives le soir, avec malaise général, céphalalgie, fièvre et funiculite. — 5e *pulvérisation*. Les douleurs ont disparu, excepté le long du cordon, où elles disparaissent après la 7e *pulvérisation*. — 10e *pulvérisation*. La tuméfaction a disparu également. — A la sortie, il reste une induration légère de l'épididyme. — Le traitement a duré cinq jours.

Observation XX. — Math., âgé de 33 ans. Blennorrhagie datant d'un mois. Epididymite gauche depuis dix jours. Tuméfaction. Douleurs Fièvre.

1re *pulvérisation*. Amélioration notable. — 4e *pulvérisation*. Les douleurs presque complètement disparues, persistent cependant, mais très légères et très limitées, jusqu'à la 16e *pulvérisation*. L'épanchement dans la vaginale était assez abondant et disparait tout à fait vers la 20e *pulvérisation*. — A la sortie, il ne restait qu'un peu de l'induration d'épididyme. — Le traitement a duré dix jours.

Observations XXI, XXII, XXIII et XXIV. — Il s'agit de 4 malades traités à l'Hôtel-Dieu, par le même procédé, et chez lesquels le traitement a duré sept, six, neuf et sept jours. La douleur, très vive à l'entrée, avait constamment diminué, pour être nulle de la 3e à la 6e *pulvérisation*.

Observation XXV. — L., traité à l'Hôtel-Dieu, Blennorrhagie d'un

mois. Orchi-épididymite gauche depuis huit jours. Douleurs vives. Funiculite.

Deux pulvérisations, après lesquelles la douleur devient telle que le traitement par la pulvérisation doit être suspendu.

(*A suivre.*)

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

HYSTÉRIE. — SPASME LARYNGÉ AVEC ASPHYXIE. — TRACHÉOTOMIE

Par M. le Dr MUSELIER,
Médecin de l'hôpital de la Pitié.

Le domaine de l'hystérie est vaste, presque sans limites, et c'est avec raison que l'on a comparé cette grande névrose à un Protée, aux déguisements multiples et par là même trop souvent insaisissable. C'est ainsi qu'on la voit journellement revêtir le masque des affections les plus diverses et devenir ainsi pour le clinicien une cause fréquente d'embarras et d'incertitude. L'observation ci-après est un nouvel exemple de cette mobilité d'allures et de cette insidiosité qui engendrent parfois de véritables erreurs de diagnostic et peuvent, dans certains cas, motiver une intervention chirurgicale que la gravité des faits ne justifie pas toujours suffisamment. D'ailleurs, le titre même de cette observation résume bien ses côtés essentiels et permet d'entrevoir les difficultés cliniques inhérentes à un cas dont, à notre connaissance du moins, les annales de neurologie ne possèdent qu'un petit nombre d'exemples.

... La nommée A..., brocheuse, âgée de 23 ans, est admise le 27 mai 1891, à l'hôpital de la Pitié, salle Cruveilhier. Les antécédents *héréditaires* de cette jeune fille sont très importants à connaître. Le père est épileptique et alcoolique, buveur d'absinthe et de vin. La mère, notoirement hystérique, a présenté de nombreuses attaques dans le cours de ses 15 grossesses. Sur les 15 enfants issus de ces grossesses, 7 sont morts : l'un à 3 ans, de convulsions, un autre à 7 ans, de méningite. Les autres sont morts tuberculeux, entre 20 et 35 ans. Tous avaient présenté des phénomènes nerveux.

Les antécédents *personnels* sont également très caractéristiques. La santé est restée bonne jusqu'à l'âge de 9 ans, mais il y a toujours eu un état nerveux se traduisant par une émotivité spéciale, par des pleurs faciles, etc.

A 9 ans, première attaque considérée comme de nature épileptique. Cette attaque est survenue à la suite d'une peur. Des attaques semblables se reproduisent pendant un certain temps, survenant de préférence la nuit, vers 10 ou 11 heures, parfois le matin, ou bien encore au moment du réveil provoqué. La perte de connaissance était toujours complète et s'accompagnait souvent de morsures de la langue. Ces attaques disparurent un jour, sans aucune intervention thérapeutique.

A l'âge de 10 ans, accès de fièvre intermittente survenant tous les jours vers 5 h. du soir et pour lesquels elle fut soignée deux mois durant à l'hôpital Trousseau. Réglée à 13 ans, menstruation régulière.

Vers l'âge de 15 ans, apparition de signes de chloro-anémie, perte de l'appétit et des forces, au point qu'elle pouvait à peine se tenir debout. Tendance au sommeil, tristesse habituelle, préoccupations morales diverses, idées bizarres, parfois idées de suicide, émotivité excessive se traduisant par des larmes à l'occasion d'une cause futile, comme le fait d'entendre jouer un air de musique.

A l'âge de 16 ans, la malade entre pour sa chloro-anémie dans le service de M. Vulpian, à l'Hôtel-Dieu. Pendant son séjour, elle fut une fois brusquement réveillée par une infirmière, et fut aussitôt prise d'une attaque, à la suite de laquelle elle conserva un certain degré de strabisme de l'œil droit. M. Panas lui fit la ténotomie au niveau de l'œil droit, et cette opération ramena les yeux dans leur position normale. Toutefois, le strabisme réapparaît dès que les attaques surviennent, et celles-ci ont augmenté de fréquence depuis quelque temps. Au sortir du service de M. Vulpian, la malade entra chez M. Charcot où elle suivit un traitement dont les douches, l'électricité, la teinture de mars formaient les principaux moyens. Elle sortit du service au bout de dix-huit mois, grandement améliorée.

Vers l'âge de 20 ans, congestion pulmonaire (?) soignée dans le service de M. Bouchard, à Lariboisière. Cette affection nécessita l'application de plusieurs vésicatoires au niveau du sommet droit. Ultérieurement elle fut soumise à l'usage de la créosote et de l'iodoforme. A cette époque, réapparition des attaques.

A 21 ans, péritonite (?) qui la ramène à M. Antoine, service de M. Raymond, où elle est soignée par des applications de glace et des vésicatoires. Elle rentra ensuite dans le service de M. Charcot, pour de nouvelles attaques et présenta quelques accidents méningitiques que le chef de service rattache à l'hystérie. Ces derniers accidents durèrent environ deux mois.

Au mois de mars dernier, elle fut prise tout à coup dans la rue d'accès de suffocations, conduite à l'hôpital Saint-Louis, elle doit subir la trachéotomie. La canule fut maintenue en place pendant six semaines.

Peu de temps après, nouvelle congestion pulmonaire. Depuis, la malade ne s'est pas remise complètement, elle a continué à tousser. Elle n'a plus d'attaques, mais des accès de suffocation qui lui reviennent assez fréquemment.

Le 27 mai, elle est prise sur la voie publique d'un violent accès de suffocation qui nécessita son transport à la Pitié, où l'interne de garde lui fit d'*urgence* la trachéotomie. Les symptômes extérieurs étaient ceux d'une asphyxie imminente, il y avait une cyanose prononcée et la perte de connaissance paraissait complète au moment de l'opération. Pourtant la malade affirme avoir entendu et compris tout ce qui se disait autour d'elle.

Le 28 mai, un examen général permet de reconnaître divers phénomènes d'ordre nerveux. Ainsi la vision du côté droit est abolie ; l'œil gauche est atteint de strabisme externe. Le champ visuel de l'œil droit est notablement rétréci. Le réflexe pharyngien est complètement aboli. L'odorat et l'ouïe ont conservé leur acuité normale. Mais la sensation gustative est diminuée sur la moitié gauche de la langue. L'état général est bon, malgré des lésions pulmonaires très peu accentuées, au niveau du sommet droit.

29 mai. Bien que la canule ait été maintenue en place, il y a eu encore un accès de suffocation, particularité qui indique bien l'origine nerveuse de ces phénomènes laryngés.

2 juin. La canule est enlevée définitivement. La plaie se referme sans complication aucune. Vers le 15 juin, la malade part pour le Vésinet. Depuis cette époque, et malgré nos recommandations, nous n'avons pas eu occasion de la revoir.

La lecture de cette observation peut, nous semble-t-il, fournir matière à quelques considérations intéressantes. Le fait le plus important ici, c'est l'apparition chez une hystérique avérée de symptômes laryngés subits d'une intensité qui pouvait imposer l'idée d'une affection beaucoup plus grave : angine diphtéritique, corps étranger du larynx, œdème de la glotte, laryngites striduleuse ou faux croup. Mais la marche foudroyante

des accidents, la menace croissante d'asphyxie, n'ont pas laissé le loisir de discuter le diagnostic. On a dû passer outre et pratiquer la trachéotomie qui, dans le cas particulier, se justifiait suffisamment par l'urgence, cette loi de nécessité qui dicte si souvent l'intervention opératoire. Ici, pourtant une question se présente. Etant donnée l'origine supposée nerveuse des accidents, n'y avait-il pas lieu de surseoir à l'opération et ne devait-on pas laisser à la malade le temps de bénéficier de la cessation du spasme qui était chez elle le point de départ des accidents laryngés? En effet, on sait que suivant une loi physiologique bien connue, tout spasme des canaux doit prendre fin avec l'épuisement même de leur contractilité et celle-ci doit toujours disparaître avant la mort, c'est-à-dire avant l'asphyxie totale. Théoriquement, il y a donc un moment où celle-ci devrait disparaître spontanément, par le fait même de la cessation du spasme qui l'a créée et qui l'entretient. D'ailleurs, c'est ainsi que l'on a cherché à expliquer la disparition spontanée des accidents du *faux croup*, qui est constitué essentiellement par un spasme, et la rareté des cas de mort à la suite de cette affection nerveuse, bien plus effrayante en apparence qu'en réalité.

On pourrait au besoin appliquer cette théorie à l'appréciation de l'opportunité opératoire dans le fait que nous venons de rapporter, et il est permis de se demander si la trachéotomie était légitimement autorisée. On ne peut faire à cette question qu'une seule réponse : c'est que la décision à prendre, dans le cas particulier, n'avait d'autre base que le caractère d'urgence des accidents, et particulièrement l'imminence d'asphyxie, très apparente chez notre malade. Cet argument nous semble péremptoire et à lui seul il suffirait à justifier ce qui a été fait. On pourrait d'ailleurs invoquer ici, par surcroît, et à titre de raison accessoire, l'innocuité habituelle d'une opération qui ne présente guère de difficultés sérieuses chez l'adulte et dont les conséquences sont habituellement fort bénignes. Toujours est-il qu'elle a été suivie chez notre patiente d'une amélioration immédiate presque instantanée, aussi prompte que celle qui avait succédé à la première trachéotomie, pratiquée quelques mois auparavant.

Une autre question que nous pourrions aborder est celle de la fréquence des accidents laryngés chez les hystériques. Cette question a été traitée dans les ouvrages et articles consacrés à la grande névrose, cependant les recherches que nous avons faites à ce propos nous ont montré que ces accidents atteignent rarement une intensité égale à celle qui a été constatée chez le sujet de notre observation. Le plus souvent les symptômes laryngés chez les hystériques se bornent à cette sensation particulière de compression cervicale, d'étranglement dont presque toutes ses malades se plaignent, sorte d'aura qui représente habituellement le prodrome principal des attaques. Peut-être le spasme violent observé chez notre malade n'était-il qu'un degré plus avancé d'un symptôme commun à presque toutes ses pareilles? Quoi qu'il en soit, la rareté relative du fait était une des raisons qui, avec d'autres, nous a engagé à le faire connaître.

REVUE DES JOURNAUX

PATHOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX

(Suite) (1).

IV. — EXAMEN CLINIQUE ET ANATOMIQUE D'UN CAS DE POLIOMYÉLITE ANTÉRIEURE CHRONIQUE, par le Dr NONNE. (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 1891, t. 1, fasc. 1. Analysé in *Neurologisches Centralblatt*, 1891, n° 14, p. 440.)

V. — NOUVELLES CONTRIBUTIONS A L'ÉTUDE DE L'ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE NEUROTIQUE, par le Dr HOFFMANN (*Ibidem*, fasc. 1 et 2.)

VI. — DYSTROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE, par le prof. ERB. (*Ibidem*, fasc. 1 et 2.)

IV. — L'observation relatée par Nonne concernait une femme indemne d'antécédents pathologiques; pas de tare neuropathique, pas de syphilis, pas d'alcoolisme, pas de grossesse. Au mois de décembre 1886, cette femme a commencé à se plaindre d'une sensation de faiblesse et de secousses dans l'épaule gauche et dans le bras gauche. Au bout de quelques mois, la faiblesse de l'épaule gauche avait augmenté; par suite d'une parésie des muscles de la jambe gauche, la marche était devenue difficile et sautillante. L'urine ne contenait ni sucre, ni albumine. Pupilles normales. Pas de douleurs, ni d'autres troubles subjectifs de la sensibilité. Les sphincters fonctionnaient normalement. Rien d'anormal du côté des nerfs craniens et bulbaires.

Au moment où la femme entra à l'hôpital, elle présentait comme unique symptôme une paralysie et une atrophie de certains muscles, sans localisation bien caractéristique. Cette paralysie intéressait principalement le trapèze, le deltoïde, le long supinateur et les muscles de l'éminence thénar, certains muscles de la cuisse. Le réflexe patellaire était affaibli, les autres réflexes tendineux abolis. Pas d'incoordination motrice, pas de tremblements fibrillaires. L'examen électrique a fait constater les signes de la réaction de dégénérescence dans une série de muscles.

Au mois d'avril 1888 l'atrophie et la paralysie avaient fait des progrès considérables dans les muscles précités, et avaient envahi d'autres groupes de muscles, ainsi les fléchisseurs de l'avant-bras gauche; la malade ne pouvait plus se tenir d'aplomb ni marcher sans un appui. Pas le moindre trouble de la sensibilité.

Au mois de mai la parésie et l'atrophie avaient envahi les muscles de la respiration. Les muscles qui meuvent l'articulation de l'épaule étaient frappés d'une impuissance fonctionnelle complète; ceux qui meuvent la jointure du coude étaient presque entièrement paralysés; les muscles des doigts participaient à la paralysie. Tous les réflexes tendineux étaient abolis. L'excitabilité électrique était considérablement abaissée dans les muscles paralysés.

Dans les derniers temps de la vie, la malade a eu des élancements douloureux dans les bras et dans les jambes, et la parésie avait envahi les nerfs craniens et bulbaires. La malade a succombé à une pneumonie, au mois de juin 1888.

A propos du diagnostic, l'auteur fait remarquer qu'il y a lieu d'éliminer ici l'hypothèse d'une sclérose latérale amyotrophique, car, dans cette maladie, l'atrophie musculaire intéresse principalement les petits muscles de la main, et les troubles bulbaires se montrent prématurément. Dans la syringomyélie, l'atrophie musculaire, quand elle envahit les membres inférieurs, se complique d'une parésie spasmodique; de plus, dans cette maladie, on observe des troubles de la sensibilité tout à fait caractéristiques. Dans l'atrophie musculaire progressive, d'origine spinale, l'évolution est plus lente, l'atrophie débute généralement par les petits muscles de la main, et de là gagne les muscles des membres supérieurs, ceux du tronc, et ceux des membres inférieurs; on n'observe pas non plus d'atrophie en masse.

Dans l'atrophie musculaire progressive neurotique, de Hoff-

(1) Voir le numéro 43.

mann, les symptômes diffèrent très sensiblement de ceux qui ont été observés chez la malade de Nonne. Par contre, l'observation de cette malade présente beaucoup de points de ressemblance avec le tableau clinique de la polynévrite chronique; toutefois, dans celle-ci, les muscles périphériques, ceux de la main notamment, participent à l'atrophie musculaire dans une mesure plus grande, que les muscles à siège plus central, contrairement à ce qui avait lieu chez la malade de Nonne, et chez celle-ci, la paralysie musculaire était proportionnelle au degré de l'atrophie. Dans la polynévrite, on n'observe pas ce parallélisme; les contractions fibrillaires existent généralement d'une façon très prononcée, les muscles et les nerfs sont toujours douloureux à la pression.

Bref, l'auteur s'était arrêté au diagnostic de poliomyélite antérieure chronique, diagnostic dont l'exactitude a été vérifiée par l'examen nécroscopique : dans la moelle, on a constaté des altérations très nettes des cornes antérieures, prononcées surtout dans les renflements cervical et lombaire; sur toute l'étendue des colonnes antérieures, les cellules ganglionnaires étaient fortement réduites en nombre, lorsqu'elles n'avaient pas complètement disparu; dégénérescence descendante des racines antérieures et des nerfs moteurs périphériques, dégénérescence que l'auteur considère comme secondaire. La substance blanche de la moelle n'était pas tout à fait intacte; il existait une certaine raréfaction des fibres, dans les cordons postérieurs et latéraux. Si l'on considère que cette participation des faisceaux blancs à la lésion centrale a été constatée également dans deux cas observés, l'un par Oppenheim, l'autre par Dreschefeld, on peut conclure qu'elle fait partie intégrante de l'anatomie pathologique de la poliomyélite antérieure chronique.

Les altérations musculaires consistaient dans une atrophie inégalement disséminée des fibres contractiles, dans une multiplication de noyaux, et dans une prolifération partielle du tissu conjonctif; bref c'étaient les altérations caractéristiques de la forme d'atrophie musculaire dite dégénérative.

L'auteur a fait remarquer encore, que dans l'état actuel de nos connaissances on peut distinguer trois formes de poliomyélite antérieure chronique :

1° Une forme circonscrite, où, à un moment donné de son évolution la maladie semble rester stationnaire;

2° Une forme qui conduit rapidement à l'atrophie et à la paralysie d'un grand nombre de muscles, qui tend ensuite à la guérison (cas de Landouzy-Déjerine);

3° Une forme à évolution lente progressive, en rapport avec une atrophie radicale des cellules ganglionnaires, sans (cas de Dreschefeld) ou avec (cas d'Oppenheim) atrophie secondaire des nerfs périphériques. C'est à ce dernier groupe que se rattache le cas de Nonne.

V. — Hoffmann publie quatre nouveaux exemples de l'affection qu'il a décrite il y a deux ans environ, sous le titre d'atrophie musculaire progressive neurotique. Voici une relation abrégée de la première de ces quatre observations :

Négociant âgé de 32 ans; son frère (sujet de la seconde observation) est atteint de la même maladie. Onanisme dans le jeune âge; infection syphilitique il y a quatre ans. Il y a cinq ou six ans le sujet était pris de violentes secousses dans les muscles de l'éminence thénar à droite; six mois plus tard, ces muscles se sont mis à maigrir; sensation de froid à ce niveau, ainsi qu'à l'avant-bras droit. Plus tard encore, secousses fibrillaires dans les muscles de l'éminence thénar à gauche, puis amaigrissement de ces muscles. Le malade avait remarqué que sa main gauche transpirait plus que la main droite, et que sous l'influence de la moindre frayeur sa jambe droite était traversée par une sensation de froid.

Voici l'*état présent* relevé par Hoffmann : pas de troubles de la parole, de la mimique et des mouvements de la langue. Pas de troubles de la sensibilité dans les régions innervées par la cinquième paire. Atrophie complète des muscles de l'éminence thénar à droite, parésie et atrophie incomplète des muscles de l'éminence thénar à gauche; de ce dernier côté, tremblement fibrillaire des petits muscles de la main. Diminution de l'excitabilité mécanique des muscles de l'éminence hypothénar, beaucoup plus prononcée à droite. Diminution de l'excitabilité galvanique et faradique du nerf cubital, à droite seulement. Le nerf médian est difficilement excitable à gauche, et pas du tout à droite. Signes de la réaction de dégénérescence complète à l'exploration des muscles de l'éminence thénar droite, réaction de dégénérescence partielle à gauche pour les muscles de l'éminence thénar, et à droite pour les muscles de l'éminence hypothénar. Aux membres inférieurs, amaigrissement prononcé surtout au niveau des jambes; paralysie complète du muscle tibial antérieur à droite. Aux membres supérieurs paralysie presque complète du muscle long extenseur du pouce et de l'extenseur commun des doigts. Pas de contractions fibrillaires, pas de douleurs des muscles à la pression. Diminution des reflexes patellaires, abolition des deux côtés des réflexes du tendon d'Achille. Des deux côtés également, depuis le milieu des mollets jusqu'aux pieds, hyperalgésie; à ce même niveau une application de froid développe souvent une sensation de chaud. Le malade marchait comme s'il y avait eu une paralysie double des péroniers, et cependant les muscles de ce nom étaient encore vigoureux. Les muscles innervés par les nerfs péronier et tibial avaient leur excitabilité électrique fortement abaissée.

Il est à noter que chez ce malade aussi bien que le sujet de la seconde observation, l'atrophie neurotique avait débuté par les membres inférieurs, tandis que, chez les sujets des deux autres observations, la marche avait été inverse, les accidents ont debuté par les mains et les avant-bras; ce mode d'évolution a été observé dans deux autres cas publiés, l'un par Eulenberg et l'autre par Dubreuilh : c'est donc à tort que Sachs a proposé de donner à cette forme d'atrophie musculaire progressive, la dénomination de « peroneal form or leg-type of progressive muscular atrophy ». M. Hoffmann maintient l'interprétation pathogénique qu'il a donnée des faits de ce genre, faits qu'il rattache à une dégénérescence ascendante des nerfs périphériques, sans vouloir trancher la question de savoir si cette dégénérescence est primitivement périphérique, ou si elle est consécutive à une altération centrale, dynamique. Il propose de substituer au terme de neurotique, celui de *neural*, celui-ci devant désigner une affection spéciale aux nerfs. Dans l'idée de l'auteur, cette atrophie musculaire progressive neurale serait distincte des polynévrites et des autres formes d'atrophies musculaires d'origine myopathique, elle se placerait entre celles-ci et l'atrophie musculaire progressive d'origine spinale.

VI. — L'important travail d'Erb comprend d'abord un exposé historique des principaux travaux qui ont été consacrés à l'etude de l'atrophie musculaire progressive telle que nous l'avait fait connaître le génie d'observation de Duchenne; on a découvert ou cru découvrir que sous ce nom d'atrophie musculaire progressive, on avait confondu des espèces morbides distinctes par leur évolution, par les circonstances étiologiques qui président à leur developpement, par le siège et la nature des lésions qui sont en jeu, etc., etc. On est certainement allé

trop loin dans cette voie, on a multiplié à l'excès le nombre de ces espèces morbides ou types d'atrophie musculaire progressive ; la démonstration en a été faite par F. Raymond, dans ses leçons sur les atrophies musculaires progressives. Mais il est resté quelque chose de cette œuvre de dissociation, entrevue déjà par Duchenne, qui avait annexé un chapitre de son livre, consacré à l'atrophie musculaire progressive, un paragraphe spécial à l'atrophie musculaire progressive de l'enfance. On se représente aujourd'hui que ce que Duchenne considérait comme une entité morbide, comme une seule et même maladie, englobe au moins deux groupes distincts d'états pathologiques, caractérisés par de l'atrophie musculaire à marche progressive.

Erb, dans son travail, réclame l'honneur d'avoir, un des premiers, posé les assises de cette conception nouvelle de l'atrophie musculaire progressive, dans le mémoire qu'il a publié, il y a près de dix ans (1883), sous le titre de *Dystrophie musculaire progressive*. Son nouveau travail est trop volumineux pour que nous en puissions donner ici une analyse détaillée. Nous nous bornerons donc à reproduire les lignes dans lesquelles l'auteur a formulé ses conclusions. Celles-ci portent que la dystrophie musculaire progressive se présente aujourd'hui comme une affection ayant conquis ses droits de cité dans les cadres de la nosologie, affection bien délimitée et qui englobe tous les types d'atrophie musculaire progressive qu'on a opposés à la forme spinale dite d'Aran-Duchenne. Ces types ne sont, en somme, que des modalités, des espèces de la forme morbide en question, et, pour ces espèces, Erb propose la classification suivante :

Un *premier groupe* comprend les formes d'atrophie musculaire progressive qui se présentent chez les enfants, *dystrophie musculaire progressive infantile*.

Un *second groupe* comprend les cas d'atrophie musculaire progressive familiale qui se présentent chez les adolescents et les adultes.

Le premier groupe se décompose lui-même en les formes suivantes :

1° Une *forme hypertrophique* (la paralysie pseudo-hypertrophique des auteurs), caractérisée par ce fait qu'avec l'atrophie musculaire une hypertrophie plus ou moins manifeste se développe dans différentes muscles ; il serait légitime de scinder cette forme en deux espèces, à savoir : *a.* l'une caractérisée par la prépondérance de la *lipomatose*, la *pseudo-hypertrophie* (la forme pseudo-hypertrophique proprement dite); *b.* l'autre caractérisée par la prédominance de l'*hypertrophie vraie*, et qui se rapproche davantage du tableau clinique de la « forme juvénile » ;

2° La *forme atrophique*, dans laquelle l'hypertrophie n'est pas très manifeste et où l'atrophie domine le tableau clinique. Ici encore il y aurait lieu de distinguer deux espèces, à savoir : *a.* l'une caractérisée par la participation des muscles de la face (atrophie musculaire infantile de Duchenne, de Landouzy-Dejerine); et *b.* l'autre, sans participation des muscles de la face, forme simplement atrophique, qui comprend une partie des observations qu'on a décrites sous le nom de forme héréditaire de l'atrophie musculaire.

Le second grand groupe, la *dystrophie musculaire juvénile et des adultes*, se confond en majeure partie avec l'« atrophie musculaire juvénile », telle qu'elle a été décrite, il y a quelques années, par l'auteur, étant donné que chez les jeunes gens aussi bien que chez les adultes, la lipomatose et la participation primitive des muscles de la face à l'atrophie s'observent avec une extrême rareté.

Voici le tableau schématique qui résume cette classification :

I. — DYSTROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE INFANTILE.

1° *Forme hypertrophique* :

a. Avec pseudo-hypertrophie ;

b. Avec hypertrophie vraie ;

2° *Forme atrophique* :

a. Avec participation primitive des muscles de la face (forme infantile de Duchenne) ;

b. Sans participation des muscles de la face (forme athrophique simple).

II. — DYSTROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE JUVÉNILE ET DES ADULTES.

E. RICKLIN.

REVUE DE BACTÉRIOLOGIE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CHARBON INTESTINAL HUMAIN, par G. BOISSON. (Thèse de doctorat, Paris, 1890. Steinheil, éditeur.)

Le charbon, qui est si connu comme maladie expérimentale, l'est moins chez l'homme en l'absence de la pustule maligne. A l'heure actuelle, il n'existe pas un seul cas de charbon interne, nettement démontré, publié en France.

L'observation de l'auteur concerne un homme de 30 ans, mégissier, souffrant du ventre depuis trois jours et vomissant continuellement. Le ventre, douloureux à la pression, est dur, ballonné; et en présence des symptômes d'algidité et de suppression des urines on porta le diagnostic d'étranglement interne. Le malade meurt au bout de deux jours. A l'autopsie, on trouve sur l'intestin grêle une rougeur vineuse, ecchymotique très foncée. A ce niveau, une ecchymose, véritable *thrombus intestinal*, s'étendant sur une longueur de plus de 20 centimètres. On remarque encore d'autres thrombus, plus rapprochés du pylore, et d'autres sur la valvule iléo-cæcale. Ces petites ecchymoses sont toutes situées sur le bord de l'intestin opposé à l'insertion mésentérique. Le mésentère apparaît absolument ecchymotique et comme gélatineux. Le mésocæcum est gélatineux, mais là, l'infiltration est transparente. Ganglions énormes et gorgés de sang.

A l'ouverture de l'intestin, la muqueuse est tuméfiée, rouge vineux; nulle part d'ulcération ni de gangrène. Au niveau des ecchymoses, la paroi intestinale est extrêmement épaissie. Ce sont de véritables hémorrhagies interstitielles. L'intégrité apparente de l'intestin dans les intervalles est complète.

Une préparation extemporanée faite avec du sang du foie montra des bacilles nombreux et ayant tous les caractères du *bacillus anthracis*.

Au microscope, on constata une congestion extraordinaire portant sur toutes les tuniques de l'intestin.

On y décèle également, dans l'épaisseur des villosités, dans le corps de la muqueuse et de la sous-muqueuse, la présence de nombreux bacilles, offrant les caractères du *bacillus anthracis*. Au niveau de la musculeuse, ces bacilles sont moins abondants.

On en trouve également sur les coupes de la rate.

De même pour le foie. Les amas bacillaires existent tant à la périphérie du lobule dans la gaine de Glisson que dans l'intérieur même du lobule hépatique. Les cellules hépatiques présentent leur aspect normal et les noyaux se colorent facilement. Sur les coupes du rein on constate un certain nombre de bacilles irrégulièrement répartis, surtout dans la substance corticale et dans le voisinage des glomérules.

Du sang prélevé dans la rate au moment de l'autopsie a été inoculé par piqûre dans les tubes de gélatine et a donné des cultures.

Des traces de ces cultures ont été inoculées à deux cobayes qui ont succombé au bout de 48 heures au charbon type.

La symptomatologie du charbon interne est variable, quand on s'en rapporte aux observations étrangères. M. Babès a vu l'un de ses malades mourir avec des symptômes de méningite foudroyante, mais c'est là une forme rare et la forme la plus fréquente est la forme algide observée chez notre malade.

On peut dire en général que *la période ultime de l'empoisonnement que détermine le virus charbonneux a la plus grande analogie avec l'apparence qu'offrent les cholériques sur le point de succomber dans l'état algide et quand les évacuations ont cessé.*

Le diagnostic devra se faire avec un empoisonnement, avec l'étranglement interne.

Wagner qui a observé à Leipzig un nombre assez important de cas de charbon déclare que le diagnostic est possible, mais le caractère le plus important qu'il invoque est tiré de la profession du malade.

Il insiste sur l'examen du sang qui, pourtant, ne doit pas donner grand'chose, car les bactéries n'apparaissent qu'après la mort. Il laisse soupçonner aussi la possibilité du diagnostic par l'examen des matières fécales.

Au point de vue de l'étiologie, le charbon intestinal a été surtout observé en Autriche chez les chiffonniers, ainsi que chez les ouvriers employés à l'industrie du cuir ou du crin (ouvriers cordiers, Wagner).

Le charbon interne serait plus spécial aux *palissonniers*, qui travaillent dans une atmosphère chargée de poussières et font un goûter à 4 heures dans l'atelier même.

Il est presque certain que pour arriver vivantes dans l'intestin, les spores ont dû être, pour ainsi dire, enrobées dans des particules alimentaires, le suc gastrique exerçant à 38° en moins d'une demi-heure, une action destructive complète sur les spores du *bacillus anthracis* (Straus et Wurtz).

Malgré quelques cas heureux, le pronostic du charbon interne est un pronostic fatal d'une manière presque absolue, mais, cependant, d'après M. Straus, il existe des formes curables du charbon intestinal, c'est ainsi qu'il faut interpréter probablement les cas d'indigestion, d'embarras gastrique notés chez certains individus ayant mangé de la viande d'animaux charbonneux pendant que tel autre, ayant consommé de la même viande, contractait un charbon intestinal mortel.

L'iode paraît être le médicament spécifique contre le charbon soit externe soit interne.

On pourra donc prescrire ce que Stanislas Cézard, sur les conseils de Davaine, prescrivit à son malade qui guérit, une tisane faite de la manière suivante :

Iode	25	centigr.
Iodure de potassium	50	—
Eau	2	—

Un demi-verre toutes les deux heures.

H. B.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES FRACTURES DE L'EXTRÉMITÉ SUPÉRIEURE DE L'HUMÉRUS PAR LE MASSAGE, par E. CADET. (Th. Paris, 1891.)

La fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus a été regardée à juste titre comme une de celles qui donnent les plus mauvais résultats par l'immobilisation, non que la consolidation se fasse mal, mais à cause des complications qui peuvent surgir du voisinage d'une grande articulation et de la multiplicité des insertions musculaires qui l'avoisinent. C'est ainsi que chez un blessé. dont le membre a séjourné dans un appareil une quarantaine de jours, le moignon de l'épaule est déformé, presque aplati, avec reliefs musculaires notablement effacés. Une atrophie générale a envahi le membre, dont les mouvements spontanés sont à peu près abolis.

Ces inconvénients sont sûrement prévenus par le massage et la mobilisation précoces. Et comme une telle pratique abrège de plus de moitié la durée du traitement, sans déterminer aucun accident du côté de la fracture ni du côté de l'articulation, il est recommandé de s'y conformer aussitôt après l'accident, exception faite toutefois pour les fractures dont la mobilité est trop considérable. Pour celles-là il faut mettre un appareil et attendre quelque temps avant de recourir au massage.

Une autre contre-indication, fâcheuse mais absolue, est la présence d'une plaie, si minime qu'elle soit, au voisinage de la fracture. Il convient de la traiter antiseptiquement et d'attendre sa guérison complète avant de procéder à toute manipulation.

CH. AMAT.

MANUEL DE PATHOLOGIE INTERNE, A L'USAGE DES ÉTUDIANTS ET DES PRATICIENS, par C. VANLAIR. (Liége, Desoer, éditeur, et Paris, O. Doin, éditeur, 1891.)

A l'époque où fut publiée la première édition de cet ouvrage, il y a un an, nous en avons, à cette place, donné un compte rendu succinct et nous lui avons prédit un succès qui s'est confirmé, puisque la première édition a été épuisée au bout de quelques mois. M. Vanlair vient de publier une deuxième édition de son manuel, auquel il a apporté des changements assez considérables ; beaucoup de chapitres ont été profondément modifiés ; d'autres ont subi d'importantes additions. La science marche, en effet, d'un pas rapide et il était indispensable de tenir compte des conquêtes accomplies depuis un an ; c'est ainsi que la partie bactériologique, un peu écourtée dans la première édition, a reçu, dans la seconde, les développements que comporte son intérêt pratique, et que les articles relatifs au traitement ont été complétés par l'indication d'un grand nombre de remèdes et de procédés nouveaux. Les chapitres consacrés au traitement des maladies décrites dans ce manuel, sont des plus complets, contrairement à ce qui a lieu pour la plupart des ouvrages classiques, dans lesquels la thérapeutique est en général trop négligée. Chaque jour, à notre époque, voit éclore de nouveaux médicaments, de nouveaux procédés thérapeutiques, et pourtant il semble souffler un vent de scepticisme à cet égard, et l'on est tout étonné, après avoir lu dans les livres classiques des chapitres très complets et souvent très érudits sur la pathogénie, le diagnostic, la symptomatologie de l'une ou l'autre maladie, de trouver les indications thérapeutiques formulées d'une façon insuffisante et même de constater que cette question a été absolument négligée. Or, une des grandes qualités du manuel de

M. Vanlair, consiste dans les développements consacrés aux questions de thérapeutique, et c'est à cela qu'est dû certainement en grande partie son succès auprès des praticiens.

D'autre part, l'extension rapide de nos connaissances, en ce qui concerne les produits microbiens et leur rôle dans la prophylaxie individuelle et même la thérapeutique des maladies infectieuses, a nécessité la revision de ce groupe.

A cette nouvelle édition a été ajouté aussi l'exposé des découvertes récentes concernant le diabète pancréatique, la maladie pyocyanique de Charrin, l'acromégalie, la myocardite segmentaire, les intoxications cocaïnique, iodoformique, nicotinique.

En raison de ces additions, ce manuel conserve son caractère d'actualité.

Nous ne pouvons que souhaiter à cette édition d'avoir le même succès que sa devancière, succès bien mérité, malgré quelques reproches dont elle est passible et sur lesquels nous appelons l'attention de l'auteur. D'abord, étant donné que le manuel de M. Vanlair s'adresse aux étudiants et aux praticiens, il serait désirable de n'y lire, autant que possible, que des termes, des expressions à la portée de tous. Or, dans le chapitre consacré aux procédés d'exploration et à l'application de l'électricité, au traitement des myélopathies, l'auteur a cédé à la tendance que l'on a de nos jours d'abandonner les termes de pôle positif et pôle négatif qui sont connus de tous, pour ceux d'anode et cathode dont la majeure partie des praticiens ignore certainement la signification.

Il était difficile de donner dans un manuel à la portée de tous une description complète de toutes les maladies cependant nous avons été frappé du peu de développement consacré à certaines maladies, pourtant bien étudiées aujourd'hui, comme la syringomyélie, la sclérose latérale amyotrophique, l'astasie-abasie, qui est passée sous silence. Enfin l'auteur attribue la maladie de Thomsen à une inhibition centrale, et pourtant nous croyons, en complétant les recherches d'Erb, avoir démontré (*Etude clinique sur la maladie de Thomsen*, Paris, 1890) que le substratum anatomique de cette affection consiste dans une augmentation de la substance non différentiée (du protoplasma), aux dépens de la substance contractile de la fibre musculaire, et que la maladie de Thomsen est une myopathie parenchymateuse; la physiologie démontre suffisamment que les troubles moteurs caractéristiques de cette maladie ont leur origine dans les altérations musculaires, ainsi qu'il ressort des recherches de Ranvier et de Soltmann. Il n'est nullement besoin, pour expliquer les troubles myotoniques, d'invoquer l'inhibition centrale.

Mais ces lacunes, que nous reprochons à quelques chapitres, de peu d'importance, il est vrai, enlèvent peu de chose de la valeur de l'ouvrage de M. Vanlair, qui a eu surtout en vue de faire un manuel pratique et à la portée de tous. Ces lacunes sont amplement rachetées par des développements qui sont consacrés à l'étude des maladies que le praticien a le plus souvent l'occasion d'observer, et parmi lesquelles nous citerons l'hémorrhagie cérébrale, les maladies de l'estomac, les néphrites, le typhus abdominal, etc., etc.

F. Deléage.

BULLETIN

Sur l'infection biliaire.

Un fait que nous avons occasion de constater ici fort souvent, nous pourrions dire chaque semaine, c'est l'importance de plus en plus visible que la doctrine de l'infection acquiert dans les préoccupations des pathologistes. Il n'est plus guère de maladie où cette nouvelle notion étiologique ne trouve une part à revendiquer, et ouvertement elle imprime sa trace dans la plupart des œuvres médicales contemporaines. Cette remarque peut être justifiée par la lecture des travaux qui paraissent incessamment et parmi lesquels nous citerons surtout un volumineux mémoire, riche de recherches et d'observations personnelles, que M. le Dr Dupré vient de publier, sous forme de thèse inaugurale. Ce mémoire, long de plus de 200 pages, est consacré à l'étude du rôle de l'infection dans la pathologie du foie. Il vise donc un sujet à peu près neuf, ou du moins sur lequel, hier encore, nos connaissances se réduisaient à fort peu de chose. De fait, la possibilité d'une intervention éventuelle des agents infectieux dans la production de certaines altérations hépatiques avait été seulement soupçonnée jusqu'à présent, mais faute de recherches appropriées, la science manquait de données exactes sur un sujet obscur et particulièrement difficile. M. Dupré s'est consacré à cette œuvre avec persévérance. Nul doute qu'il n'y ait réussi et nous pensons que son travail marquera une date importante dans l'histoire de nos connaissances relatives à une partie encore peu explorée de la pathologie.

On peut d'abord poser comme principe général et comme prémisse incontestable ce fait que, dans les conditions normales, les conduits biliaires sont véritablement aseptiques, c'est-à-dire indemnes de ces organismes parasitaires à la présence desquels est nécessairement liée la réalisation de état pathologique que nous désignons sous le nom d'infection. En second lieu, le fait non moins important que ces conduits communiquent physiologiquement avec un milieu sans cesse infecté, savoir la cavité du tube digestif et spécialement celle du duodénum, laisse entrevoir immédiatement la possibilité, nous pourrions dire la facilité de leur pénétration par les innombrables germes que cette cavité renferme en voie d'infection. Cette disposition crée donc par elle-même une fection, la voie biliaire, la plus importante peut-être et la plus facile. Mais à cette dernière, il faut en adjoindre un autre, la voie circulatoire, qui a pour intermédiaire les vaisseaux lymphatiques, artériels et veineux, par lesquels se fait l'apport de matériaux toxiques puisés dans les différentes parties de l'organisme. Ce sont les deux grandes voies par lesquelles peut se faire l'infection de la glande hépatique. Mais la première paraît jouer un rôle plus considérable et de fait, suivant M. Dupré, l'infection serait le plus souvent d'origine intestinale. Nombreux et variés sont les agents microbiens qui peuvent concourir à la réalisation de cette redoutable éventualité. Parmi eux, c'est le *bacterium coli commune* qui doit être spécialement incriminé et dont l'intervention paraît être la plus fréquente, privilège que ce parasite doit vraisemblablement à son siége intestinal, à son extrême mobilité, à sa tolérance biologique, à sa longévité. Nul doute que certaines catégories d'états infectieux, où le foie semble jouer le rôle prédominant, ne soient dues à la pénétration de cet élément microbien dans les voies biliaires qui, situées à proximité des cavités où il pullule, sont vis-à-vis de lui dans un état d'imminence morbide pour ainsi dire permanent. Si l'on cherche maintenant les circonstances qui peuvent favoriser cette pénétration, on les trouvera peut-être dans l'existence de certains états pathologiques antérieurs des canaux, catarrhe, lithiase biliaire, etc., toutes lésions susceptibles de servir d'appel et au besoin de réveiller une sorte de *microbisme latent* qui n'attendait que cette occasion pour se manifester. Ces altérations préalables agiraient en créant pour ainsi dire

un *lieu de moindre résistance*. Peut-être cette interprétation paraîtra-t-elle un peu théorique, mais pourtant elle ne renferme rien qui ne soit conforme aux données de la pathologie générale. Toujours est-il que M. Dupré a nettement reconnu la présence de certaines espèces microbiennes dans l'intérieur des voies biliaires, et par là du moins, les vues exprimées plus haut trouvent un point d'appui dont on ne peut contester la valeur.

Un exemple très net de ce genre d'infections est celui qui nous est fourni par les altérations hépatiques observées parfois au cours de la fièvre typhoïde. Ici on peut incriminer divers agents microbiens, entre autres le bacille d'*Eberth*, que les bactériologistes s'accordent présentement à considérer comme spécifique de la grande pyrexie infectieuse. Il est certain que sa pénétration à l'intérieur du foie peut entraîner de graves désordres qui ne se révèlent pas toujours à première vue, mais dont l'incubation peut durer longtemps, des semaines et même des mois, jusqu'au jour où ils se traduisent par des accidents fébriles sérieux, parfois mortels. Cette éventualité redoutable, mais très réelle, rentre dans le cadre de ce que M. Landouzy a désigné sous le nom de *typhus hépatique*, expression à retenir, parce qu'elle est, au point de vue bactériologique, littéralement exacte. C'est là un exemple, et pour ainsi dire un spécimen d'infection grave; mais il est d'autres d'infections de moindres conséquences, ou tout au moins empreintes de plus de bénégnité. On peut vraisemblablement ranger parmi ces dernières un bon nombre de ces cas d'ictère catarrhal vis-à-vis desquels le rôle de l'infection a été longtemps soupçonné, mais sans preuves suffisantes. Des recherches ultérieures nous fourniront peut-être prochainement cette démonstration, que la pathologie générale a devancée en tirant parti des notions d'ensemble que nous possédons sur les maladies infectieuses. Cette nouvelle manière d'interpréter certains côtés de la pathologie du foie présente d'ailleurs un incontestable intérêt.

Il importe également, quand on veut apprécier la part de l'infection dans certaines maladies hépatiques, de tenir compte de certaines circonstances qui peuvent, dans une certaine mesure l'activer ou la favoriser. C'est ainsi que M. Dupré considère les altérations préalables du foie et des voies biliaires comme autant de causes adjuvantes qui préparent pour ainsi dire le terrain aux agents microbiens. Tel paraît être le rôle des parasites, d'origine intestinale (helminthes) ou hépatique (vésicules hydatiques), qui agissent, les uns par leur caractère bactérifère, les autres par les troubles mécaniques que provoque leur présence. Tel encore celui de la lithiase biliaire, qui favorise puissamment les infections secondaires par les altérations mécaniques et inflammatoires qu'elle fait naître (suppuration, ulcération, etc.) : — celui du cancer des voies biliaires... etc...

Ces différentes lésions jouent le rôle des portes d'entrée vis-à-vis des envahissements microbiens. M. Dupré a insisté sur leur importance et il signale leur association avec la présence des bactéries comme une condition nécessaire à la création de l'infection, les éléments microbiens ne pouvant à eux seuls produire de lésions durables et ayant besoin d'un lieu de pénétration.

Les idées que nous venons de résumer, d'après un travail plein d'intérêt, ont peut-être un caractère un peu théorique, et on pourrait croire que les conclusions de l'auteur ont parfois devancé les données de la clinique et les résultats de l'expérimentation. Il n'empêche qu'elles sont fondées sur des recherches très importantes, grâce auxquelles nous possédons à présent le véritable canevas d'un chapitre de pathologie encore à compléter. Du reste, cette question des infections biliaires est, en ce moment, à l'ordre du jour : comme on peut s'en assurer par la lecture de différents travaux, en particulier ceux du dernier Congrès italien de médecine interne, tenu à Rome, du 19 au 22 octobre dernier. A propos de la pathologie générale de l'ictère, les membres du Congrès ont discuté les divers modes d'origine de ce symptôme, notamment ceux de l'ictère dit *catarrhal*. Leurs conclusions, nous devons le reconnaître, sont peu favorables à la thèse que nous avons développée plus haut, et dont M. Dupré s'est fait le défenseur convaincu. Entre autres propositions, ils affirment que les notions actuelles concernant les microbes du tube digestif et des voies biliaires ne nous autorisent guère à accepter, sans discussion l'origine infectieuse de l'ictère catarrhal. D'un autre côté, ils admettraient volontiers, vis-à-vis des ictères infectieux, une pluralité de circonstances étiologiques. Enfin, ils considèrent que l'étude des infections biliaires est loin d'être achevée à l'heure actuelle : beaucoup reste à faire encore, mais la voie dans laquelle cette étude est actuellement engagée peut être considérée comme bonne.

Telles sont les conclusions générales du Congrès italien. Nous terminerons volontiers sur la dernière, qui constitue un encouragement positif à persévérer dans la voie dont M. Dupré s'est fait le brillant initiateur.

P. M.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique de France.

Présidence de M. BROUARDEL.

— Au début de la séance, M. Henri Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, rend compte de la situation sanitaire à l'intérieur.

Une épidémie de variole s'est déclarée à Ventavon, commune de 8 à 900 habitants du département des Hautes-Alpes; cinq cas ont été constatés, il n'y a pas eu de décès. On attribue l'origine de cette épidémie à une importation de Marseille. Les mesures nécessaires de vaccination et de revaccination ont été prises ; les écoles ont été fermées.

— Le préfet de la Seine-Inférieure signale quelques cas de fièvre typhoïde à Rouen. On a constaté 20 cas, dont 2 décès, à la caserne Pélissier (quartier Saint-Sever). La désinfection des effets a eu lieu régulièrement à l'aide d'une étuve venue de Vernon et de l'étuve départementale.

— Il y a une épidémie de fièvre typhoïde dans la garnison de Nimes : 70 cas, dont 3 décès, ont été constatés. Dans la population civile, la maladie n'a pas pris jusqu'ici le caractère épidémique.

— On signale des cas de fièvre typhoïde à Chantilly (Oise). Des renseignements ont été demandés au préfet.

— Deux communes de l'Ariège ont des cas de fièvre typhoïde : à Orgeix, où la maladie a éclaté dans la famille de l'instituteur (l'école a été fermée), et à Daumanzan, où le nombre des cas (sans décès) s'est élevé à 14. Toutes les mesures hygiéniques ont été prises.

— A l'occasion de l'école de Ventavon pour apparition de la variole et de celle d'Orgeix pour apparition de la fièvre typhoïde, M. Monod ajoute qu'il y aurait grand intérêt à connaître et à faire connaître au public les conditions dans lesquelles, en cas d'épidémie, il est avantageux de fermer le écoles publiques. Une entente devrait s'établir à cet égard avec le ministère de l'instruction publique. Le comité émet le vœu que cette question soit mise à l'étude.

— Le Dr Proust, inspecteur général des services sanitaires, fait la communication suivante sur la situation sanitaire à l'extérieur :

Choléra de Damas. — Il y a eu :

le 18 octobre,	18 cas de choléra,	14 décès	
le 19	— 36	—	19 —
le 20	— 32	—	22 —
le 21	— 35	—	18 —
le 22	— 30	—	19 —
le 23	— 51	—	33 —
le 24	— 44	—	25 —

La population s'oppose par la force, en ce qui concerne les inhumations, aux mesures sanitaires prescrites. Il est à craindre que Damas ne forme un foyer cholérique dont le danger d'expansion menace les principales localités du vilayet ainsi que Beyrouth, le Liban et la Palestine.

Quant à l'origine du choléra de Damas, elle n'est pas encore élucidée.

— *Choléra dans la mer Rouge.* — Il y a toujours quelques cas de choléra à Médine, d'autres plus nombreux à Hodeïdah, à Konnfoudah.

— *Fièvre jaune.* — Une forte recrudescence de fièvre jaune est signalée à Guayaquil (Equateur).

M. le Dr Pouchet lit un rapport sur un projet d'adduction d'eau dans la commune de Giez (Haute-Marne et M. le Dr Bourneville sur un projet analogue dans la commune de Bayecourt (Vosges). Les conclusions de ces rapports favorables aux projets, sont adoptées.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris

M. le Dr Péan reprendra ses leçons cliniques et ses opérations le samedi 31 octobre, à l'hôpital Saint-Louis, à 9 h. 1/2, et les continuera les samedis suivants, à la même heure.

Facultés et Ecoles des départements

Hôpitaux de Lyon. — Le concours de l'internat des hôpitaux de Lyon s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Collet, Martel, Barjon, Pauly, Tuja, Roux, Paviot, Dumarest, Deydier, Durbesson, Peytouraud, Garcin, Régaut et Cotsos.

Faculté de médecine de Lyon. — Voici la liste des thèses soutenues pendant l'année scolaire 1890-1891 :

M. Meyer : Quelle est la part de l'hérédité de la contagion dans le développement de la tuberculose?

M. Lejonne : De l'influence du paludisme sur le développement des névroses.

M. Regnault : De l'hémiplégie croisée de la face et des membres dans les lésions de la protubérance.

M. Despeignes : Etude expérimentale sur les microbes des eaux de Lyon, avec applications à l'hygiène sanitaire de Lyon.

M. Vialle : Du cancer primitif de la colonne vertébrale.

M. Raymonenq : De la luxation du nerf cubital et, en particulier, mécanisme et traitement.

M. Guichon : Recherches sur l'absorption sous-cutanée dans l'hémianesthésie hystérique.

M. Marotte : Etude sur le traitement de la fièvre typhoïde par l'antisepsie instestinale, en particulier, de l'emploi du naphtol α.

M. Moinet : Etude sur la myélite syphilitique précoce.

M. Baumevieille : Traitement des pleurésies purulentes métapneumoniques.

M. Saulay : Contribution à l'étude de l'ostéomalacie essentielle.

M. Nicolas : Sur une variété peu connue de rétrécissement pénien.

M. Tellier : Des suites éloignées du traumatisme du crâne et de eur traitement par la trépanation.

M. Damiom-Bonjean : Etude sur l'action physiologique de l'électricité statique.

M. Pic : Essai sur la valeur de l'intervention chirurgicale dans les péritonites tuberculeuses généralisées et localisées.

M. Perrelet : Recherches cliniques sur la réaction électrique de l'appareil auditif.

M. Menut De l'atrophie musculaire progressive myopatique (type Landouzy-Dejerine).

M. Faure (Edmond) : Contribution à l'étude de la folie chez les nouvelles accouchées.

M. Brosset : Contribution à l'étude des connexions du cervelet.

M. Chaballer : Du frottement péricardique et spécialement de ses diverses modifications par les mouvements respiratoires et de sa valeur séméiologique.

M. Thilly : Sur le traitement des déviations et épaississements de la cloison nasale.

M. Le Goic : La nostalgie et son diagnostic.

M. Braemer : Les tannoïdes ; introduction critique à l'histoire physiologique des tannins et des principes immédiats végétaux qui leur sont cliniquement alliés.

M. Cros : Sur un nouveau procédé opératoire applicable au traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie (procédé de Paul Segond).

M. Faure (Louis) : Contribution à l'étude des méningites chroniques.

M. Aune : Essai sur les gangrènes des membres consécutives à l'artérite syphilitique.

M. Dessirier : Des ténotomies sous-cutanées et à ciel ouvert dans le traitement du torticolis musculaire chronique.

M. Coup : Essai d'histoire médicale : la chirurgie à Lyon, son développement, ses grands hommes.

M. Garal : Etude sur 100 cas de fièvre typhoïde infantile traitée par les bains froids à la clinique des maladies des enfants (avec onze tracés thermométriques).

M. Alliel : La grippe et le système nerveux, et, en particulier, des complications cérébrospinales dans la convalescence.

M. Bonnaud : Contribution à l'étude de la chorée infantile, d'après 235 observations recueillies à la clinique des maladies des enfants.

M. Huot : Etude sur le traitement des fractures de la rotule par le massage sans immobilisation.

M. Martais : Des blessures de la matrice dans les manœuvres abortives.

M. Cnilleret : Etude sur l'épididymite syphilitique secondaire.

M. Chantre : Etude sur la restauration des paupières.

M. Chartier : Examen médico-légal et autopsie des nouveaunés.

M. Descorps : Contribution à l'étude des péritonites chroniques idiopathiques chez les alcooliques et les cardiaques.

M. Giorgi : Du diabète sucré en rapport avec les lésions du pancréas.

M. Rossi : Contribution à l'étude des germes de l'atmosphère ; sur quelques numérations des bactéries dans les hôpitaux de Lyon.

M. Solmon : Contribution à l'étude des pandémies grippales, l'inflenza à Lyon et dans la quatorzième région de corps d'armée ; Essai d'épidémiologie.

(*A suivre*).

Policlinique de chirurgie des femmes, du Dr Berrut, 151, rue de Grenelle-Saint-Germain. — Du 1er novembre au 31 août de chaque année. — Le jeudi à 9 heures : Leçon ; à 10 heures : Consultation.

La première leçon aura lieu le jeudi, 5 novembre.

On s'inscrit tous les jours, de 3 à 5 heures.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Nouveaux services rapides de Paris à Nice.* (Hiver 1891-1892.) — La Compagnie P.L.M. vient d'améliorer encore les services qu'elle avait organisés l'hiver dernier pour faciliter l'accès du littoral de la Méditerranée.

Le train de luxe, composé de lits-salons P.L.M. et de wagons-lits, qui partait chaque jour à 7 h. du soir de la gare de Paris-Lyon pour arriver à Nice le lendemain à 1 h. 58 du soir, partira dorénavant (à dater du 3 novembre), à 7 h. 40 du soir de la gare de Paris-Nord et arrivera à Nice le lendemain à 2 h. 28 du soir.

Le train rapide, composé de voitures de 1re classe seulement, qui partait de la gare de Paris-Lyon à 7 h. 15 du soir et arrivait à Nice, le lendemain à 4 h. 44 du soir, partira, au prochain service d'hiver, de la gare de Paris-Lyon à 8 h. 25 du soir et arrivera à Nice, à 4 h. 33 du soir, gagnant ainsi, près d'une heure et demie sur le service précédent.

Chemins de fer d'Orléans. — *Excursions aux stations thermales et hivernales des Pyrénées et du golfe de Gascogne.* (Arcachon, Pau, Biarritz, Salies-de-Béarn.) — Des billets d'aller et retour, avec réduction de 25 0/0 sur les prix calculés au tarif général d'après l'itinéraire effectivement suivi, sont délivrés toute l'année, à toutes les stations du réseau de la Compagnie d'Orléans, pour Arcachon, Biarritz, Dax, Guéthary (halte), Pau, Saint-Jean-de-Luz et Salies-de-Béarn.

Durée de validité : 10 jours, non compris les jours de départ et d'arrivée.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille.

Étude sur le pancréas et le diabète pancréatique, par le Dr P. Nommès. — Un vol. in-8° de 140 p. Prix : 3 fr. 50.

Des aliénés criminels, par Camille Allaman, ancien interne de la Maison nationale de Charenton. — Un vol. in-8° de 183 p. Prix : 4 fr.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

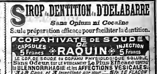
Décès notifiés du 11 au 17 octobre 1891

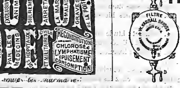
Fièvre typhoïde, 8. — Variole, 0. — Rougeole, 1. — Scarlatine, 0. — Coqueluche, 2. — Diphtérie, croup, 17. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 189. — Autres tuberculoses, 22. — Tumeurs cancéreuses et autres, 58. — Méningite, 25. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 41. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 7. — Maladies organiques du cœur, 51. — Bronchite aiguë et chronique, 32. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 46. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 93. — Fièvre et péritonite puerpérales, 1. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 21. — Sénilité, 30. — Suicides et autres morts violentes, 43. — Autres causes de mort, 114. — Causes inconnues, 12. — Total 820.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — Téléphone.











GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE REDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées).

PATHOLOGIE MÉDICALE

SUR L'EMPLOI DE LA TUBERCULINE COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE BOVINE (1).

Par M. Ed. Nocard.

Le diagnostic de la tuberculose bovine est l'une des questions les plus difficiles de la pathologie vétérinaire, c'est aussi l'une des plus importantes, non seulement au point de vue de la police sanitaire des animaux, mais encore au point de vue, plus intéressant pour l'Académie, de l'hygiène publique.

On sait le danger de l'usage alimentaire du lait tuberculeux ; de tous les produits tuberculeux de l'organisme il n'en est pas de plus actif, de plus redoutable, surtout pour les jeunes sujets ; à de jeunes chats, par exemple, il suffit de faire boire, en une seule fois, de 150 à 200 grammes de lait tuberculeux, pour provoquer une tuberculose abdominale rapidement mortelle.

En parlant de lait tuberculeux, j'entends du lait qui renferme des bacilles de Koch et non pas seulement du lait provenant d'une vache tuberculeuse ; en effet toutes les vaches tuberculeuses ne donnent pas du lait tuberculeux ; bien au contraire, sur dix vaches manifestement tuberculeuses, l'expérience prouve qu'il n'en est guère plus d'une dont le lait contienne des bacilles et soit, par conséquent, dangereux pour le consommateur.

Le danger que constitue le lait tuberculeux est donc rare ; mais il est d'une telle gravité qu'il justifie les mesures de préservation les plus rigoureuses.

Au cours de la discussion sur la prophylaxie de la tuberculose humaine, il a été cité à cette tribune une série de faits cliniques prouvant que l'usage alimentaire du lait provenant de vaches tuberculeuses n'est pas seulement dangereux pour les animaux d'expérience, mais qu'il l'est au même titre pour l'homme et surtout pour l'enfant. Aussi l'Académie a-t-elle déclaré « qu'il est prudent de n'employer le lait de vache qu'après l'avoir fait bouillir, surtout lorsqu'il est destiné à l'alimentation des jeunes enfants ».

Ce n'est pas sans discussion que cette conclusion a été adoptée ; certains de nos collègues ont affirmé que le lait bouilli perd de ses propriétés digestives ; qu'il peut provoquer des accidents intestinaux chez les enfants ; que proscrire le lait cru, c'est s'exposer à un inconvénient certain et non sans gravité, pour éviter un danger en somme très rare ; qu'on pourrait ne faire bouillir le lait que lorsqu'on a lieu de suspecter la vache qui l'a fourni ; enfin qu'il serait préférable de faire inspecter les vacheries, pour en éliminer les vaches tuberculeuses.

Il a été répondu à toutes ces objections et j'ai fait remarquer, pour ma part, que la surveillance la plus sévère des vacheries ne donnerait qu'une garantie illusoire, le diagnostic de la tuberculose bovine étant extrêmement difficile au moins pendant les deux premières périodes, c'est-à-dire pendant celles où l'animal conserve les apparences de la santé, où il donne encore du lait, où il est surtout dangereux au point de vue qui nous occupe.

« En ce qui me concerne, disais-je, je me déclare incapable d'affirmer, après l'examen le plus minutieux, qu'une vache quelconque n'est pas tuberculeuse et je ne crois pas qu'aucun vétérinaire, choisi parmi les plus expérimentés, soit plus osé que moi. »

Il n'en est plus de même aujourd'hui ; et je serais heureux que nos collègues, MM. Le Fort et Lancereaux, voulussent bien reprendre avec moi leur projet de vœu de « *soumettre les vacheries à une inspection sanitaire rigoureuse.* »

Il existe en effet, à l'heure actuelle, un moyen efficace de déceler la tuberculose même à ses débuts, même chez les bovidés qui, bien que tuberculeux, conservent néanmoins toutes les apparences de la santé, au point d'être primés aux concours du Palais de l'Industrie.

Ce moyen réside dans l'emploi de la tuberculine.

Parmi les nombreux mérites que l'on avait tout d'abord attribués aux injections de tuberculine, figurait, en bonne place *sa valeur diagnostique* ; même à ce point de vue, l'expérience qu'on en a faite chez l'homme n'a pas été favorable ; les bénéfices qu'en peut retirer le médecin ne peuvent pas être mis en balance avec les dangers que court le malade, avec l'aggravation générale et locale qui est la conséquence même de la réaction *révélatrice*.

Mais cette considération, de première importance pour le médecin, est négligeable pour le vétérinaire : qu'importe l'aggravation du mal si, par le fait même de la *dénonciation* du mal, cette aggravation permet de supprimer le malade ou de le mettre hors d'état de de nuire ?

Aussi, dès la publication du travail de Koch, partout les vétérinaires se mirent à l'œuvre pour tenter de mettre à profit les propriétés diagnostiques de la tuberculine ; très rapidement on vit les publications vétérinaires de tous pays se

(1) Communication à l'Académie de médecine, séance du 13 octobre 1891.

remplir du compte rendu d'expériences relatives à cette importante question.

En colligeant tous les faits publiés, en les étudiant avec soin, il fut bientôt possible d'en tirer cette conclusion, que la valeur diagnostique de la tuberculine est réelle et que les vétérinaires pouvaient en tirer un profit considérable. Dès le mois d'avril, j'annonçais à mes élèves l'importante conquête que venait de faire la pratique vétérinaire et je leur indiquais dans quelles conditions la lymphe de Koch devait être utilisée pour rendre les services qu'on pouvait en attendre. — J'étais d'autant mieux placé pour faire ce travail d'ensemble, pour apprécier les résultats obtenus un peu partout en Europe, et pour en tirer les conclusions applicables à la pratique, que, personnellement, je n'avais pas fait d'expériences, le budget de ma chaire étant trop maigre pour me permettre l'achat et l'entretien des animaux nécessaires.

Du grand nombre de faits publiés, disais-je alors (1), il résulte évidemment :

1° Que chez les *tuberculeux adultes*, l'injection, *en une seule fois*, d'une forte proportion de tuberculine (de 25 à 50 centigrammes, suivant le poids du sujet), provoque, dans un délai compris entre la dixième et la dix-huitième heure, une élévation de température pouvant aller de 1 à 3 degrés.

2° Que chez les *adultes sains*, la même injection ne provoque aucune modification de la température ou seulement une élévation négligeable de quelques dixièmes de degrés.

3° Que chez les *phtisiques*, c'est-à-dire tuberculeux au dernier degré, la réaction consécutive à l'injection de tuberculine peut faire complètement défaut.

Ces résultats bien établis, je m'efforçai de les soumettre au contrôle de l'expérience, dans les conditions mêmes de la pratique vétérinaire :

Le fonctionnement régulier de mon service me permit d'expérimenter à loisir sur un petit nombre d'animaux. — Un boucher complaisant voulut bien mettre à ma disposition un certain nombre de sujets qu'il sacrifiait vingt-quatre ou quarante-huit heures après que je leur avais pratiqué l'injection de tuberculine ; je prenais la température deux ou trois fois sur chaque sujet, douze et quinze ou dix-huit heures après l'injection, et je pouvais ensuite vérifier par l'autopsie les indications résultant de la courbe thermométrique. Le concours de ce boucher me fut très précieux ; j'avais soin de choisir mes sujets parmi ceux qui étaient en moins bon état de graisse et j'eus la chance de trouver parmi eux un certain nombre de sujets tuberculeux. — Enfin, plusieurs de mes anciens élèves voulurent bien me prêter leur concours et opérer de la même façon dans des étables de leur clientèle où ils avaient eu antérieurement l'occasion de voir des animaux tuberculeux ; ils purent ainsi faire des injections de tuberculine à ceux des animaux des étables infectées qui devaient être livrés à la boucherie à brève échéance, et vérifier sur les cadavres l'exactitude des indications obtenues à la suite de l'injection.

Depuis le mois de mai, j'ai pu ainsi soumettre aux injections de tuberculine 57 animaux de l'espèce bovine dont l'autopsie a été faite ultérieurement.

(Dans ce chiffre ne sont pas compris sept veaux et génisses, âgés de moins d'un an ; chez ces jeunes animaux, la réaction consécutive à l'injection de tuberculine est très variable et m'a paru indépendante de l'existence ou de l'absence de lésions tuberculeuses.)

De ces 57 animaux, 19 ont éprouvé, dans un délai compris entre la dixième et la vingtième heure, après une seule injection de 20 à 40 centigrammes de tuberculine, une élévation de *la température centrale* de 1°,4 à 2°,9 ; un seul n'a montré qu'une élévation de 8/10es de degré ;

Sur les 19 animaux qui ont réagi, l'autopsie a montré que 17 étaient tuberculeux à des degrés divers ; — 2 n'étaient pas tuberculeux : l'un avait de la cirrhose du foie avec les canaux biliaires gorgés de distomes ; c'est celui dont la température ne s'éleva que de 8/10es de degré ; — l'autre était une génisse de quinze mois affectée *d'adénie* : elle présentait une hypertrophie considérable de tous les ganglions lymphatiques accessibles à l'exploration ; il n'y avait pas de *leucocytose* appréciable : la numération des globules donnait 6.400 leucocytes pour 5.275.000 globules rouges ; l'inoculation et l'examen bactériologique d'un ganglion extirpé permettait d'affirmer que la lésion n'était pas tuberculeuse ; néanmoins, l'injection souscutanée de 20 centigrammes de tuberculine provoquait chez cette génisse une élévation de la température de plus de 2 degrés ; la réaction, déjà manifeste dix heures après l'injection, persistait au même degré pendant plus de soixante heures et la température ne revenait à la normale que le cinquième jour après l'injection ; la même réaction, intense et prolongée, se reproduisit chaque fois que l'on renouvela l'injection (trois fois à vingt jours d'intervalle) ; et chose curieuse, à chaque fois, la lésion ganglionnaire sembla éprouver comme une poussée nouvelle ; les tumeurs préexistantes augmentèrent de volume ; il en apparut de nouvelles, là où il n'en existait pas auparavant. — L'autopsie confirma le diagnostic : pas trace de tuberculose ; lymphadénomes de toutes dimensions disséminés partout.

Des 38 sujets qui n'ont manifeste aucune réaction thermique, 2 étaient tuberculeux, mais il n'était pas besoin de tuberculine pour le reconnaître ; ils étaient *phtisiques* au dernier degré et la lésion était généralisée à tous les organes ; chez l'un deux, dont l'utérus était farci de granulations tuberculeuses, l'injection de 30 centigrammes de tuberculine avait provoqué en dix-huit heures un abaissement de 3/10es de degré.

Parmi les 17 sujets que la tuberculine avait dénoncés, et que l'autopsie a prouvé être tuberculeux, il en est 8 qui étaient en bon état et qu'il eût été impossible de supposer malades. Pour plusieurs, le fait était absolument inattendu ; l'un de mes correspondants, excellent praticien, en était stupéfait et, depuis, lorsqu'on le consulte au sujet de la tuberculose, il ne se prononce qu'après avoir eu recours à l'épreuve de la tuberculine.

Parmi les 37 sujets qui n'ont manifesté aucune réaction à la suite de l'injection de tuberculine, figuraient 2 bœufs *fin-gras*, 11 bœufs ou vaches de 1re qualité, 9 de 2e qualité et 15 de 3e qualité.

Ces 37 sujets n'étaient pas tous sains, loin de là :

2 avaient de la pleuro-pneumonie aiguë ;
2 de la péri-pneumonie chronique avec séquestres ;
1 de la bronchite vermineuse ;
3 des échinocoques du poumon ;
1 de l'actinomycose de la mâchoire.

A l'heure actuelle, je suis fermement convaincu que les vétérinaires retireront de grands bénéfices de l'emploi de la tuberculine pour le diagnostic de la tuberculose, et j'estime que le temps est venu de mettre sérieusement à l'étude la question de l'inspection sanitaire des établissements consacrés à la production du lait.

En attendant que ce vœu se réalise — ce qui demandera peut-être beaucoup de temps — je crois que l'intérêt bien

(1) Leçon du 14 avril 1891.

entendu des producteurs de lait, serait de soumettre à l'épreuve de la tuberculine les vaches laitières de leur exploitation, pour éliminer sans hésitation toutes celles qui réagiraient après l'injection ; à supposer même que cette pratique les privât du produit de quelques vaches non tuberculeuses, que d'avantages ne leur donnerait-elle pas en échange ? Consolidation de la clientèle, assurée d'avoir toujours un lait *pur* au sens hygiénique du mot ; accroissement de cette clientèle de tous les amateurs de lait cru, dont le palais n'a pu se résigner à la saveur du lait bouilli !

Ce que je viens de dire des producteurs de lait s'applique également aux éleveurs : combien d'exploitations en France où l'élevage du gros bétail est compromis par la tuberculose ! A mon sens, un éleveur soucieux de ses véritables intérêts et de l'avenir de son élevage ne devrait plus admettre à la reproduction de vaches qui n'aient pas subi victorieusement l'épreuve de la tuberculine.

On m'objectera sans doute que, même dans mes expériences, la réaction soi-disant caractéristique a fait défaut chez plusieurs tuberculeux ; qu'elle s'est au contraire manifestée chez plusieurs animaux indemnes de tuberculose ; que, par conséquent, l'on ne saurait attacher une grande importance aux modifications thermiques provoquées par la tuberculine.

Sans doute, les indications données par la tuberculine ne sont pas infaillibles ; faut-il pour cela renoncer à son emploi ? Sommes-nous donc si riches en moyens de faire le diagnostic de la tuberculose bovine ? A coup sûr, l'épreuve par la tuberculine n'a pas une valeur absolue et personne ne songe à la substituer aux autres moyens de diagnostic et notamment à la recherche du bacille et à l'inoculation ; — à ces procédés anciens qui conservent toute leur importance, il s'agit simplement d'adjoindre un procédé nouveau, d'une valeur incomparable, puisqu'il agit précisément dans les cas où l'on ne peut même pas songer à recourir aux autres, c'est-à-dire dans les cas où il n'existe ni jetage, ni expectoration, ni suppuration ou autre produit pouvant être inoculé ou soumis à l'examen bactériologique.

Et d'ailleurs, si l'on examine de près les cas où la tuberculine s'est trouvée en défaut, on voit que, d'une part, il s'agissait d'animaux *phtisiques*, au sens propre du mot, chez lesquels le diagnostic clinique n'eût présenté aucune difficulté, et que, d'autre part, les sujets non tuberculeux chez lesquels la réaction s'est manifestée avaient tous une lésion organique plus ou moins grave, en sorte que c'eût été encore une bonne chose que de ne pas permettre de les utiliser comme vaches laitières, soit comme animaux reproducteurs.

Au cours des expériences que j'ai signalées plus haut, j'ai pu étudier comparativement à la tuberculine allemande plusieurs échantillons de tuberculine préparés par M. Roux, de l'Institut Pasteur. Parmi ces échantillons, il s'en est trouvé dont l'activité était sensiblement égale, sinon supérieure, à celle de la lymphe de Koch ; si donc l'usage de la tuberculine se généralise en vétérinaire, il nous sera facile de nous approvisionner en France.

En résumé, et comme conclusion de ce travail, je demande à l'Académie d'émettre le vœu de voir l'Administration de l'agriculture mettre à l'étude la question de l'inspection sanitaire des étables où l'on produit du lait destiné à l'alimentation publique.

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE.

SUR UNE NOUVELLE SUBSTANCE ALBUMINOÏDE DU SÉRUM SANGUIN DE L'HOMME (1).

Par M. C. CHABRIÉ.

Dans un autre travail (2), j'ai cherché de quelle manière le rein agit dans la sélection qu'il opère des substances contenues dans le sang, dans certains cas pathologiques. Cette étude m'a conduit à examiner les substances albuminoïdes du sang et particulièrement du sérum. On admet que cette humeur contient deux matières albuminoïdes seulement, toutes deux coagulables par la chaleur : la paraglobuline et la sérine. On sait que les micro-organismes déversent dans le sang des produits toxiques azotés pouvant appartenir aux substances albuminoïdes aussi bien qu'aux alcaloïdes. Il m'a donc semblé intéressant de les rechercher. Or, j'ai trouvé, dans le sérum, un principe se distinguant de la paraglobuline et de la sérine par des caractères suffisants, nets, et se rencontrant chez les néphrétiques, que leur néphrite soit d'origine saturnine ou infectieuse ; chez les malades atteints d'autres affections, pneumonie, syphilis ; enfin chez les sujets n'étant atteints d'aucune maladie.

Voici comment on extrait ce produit :

On laisse le sang se déposer dans un grand verre à pied, et, lorsque le liquide qui surnage le caillot a perdu sa couleur rouge, on le décante avec soin. On le filtre sur de l'amiante sous pression réduite, et le liquide qui a passé est filtré sur un filtre en papier, plat, mouillé d'eau distillée. On obtient ainsi un sérum limpide et coloré en jaune pâle. Sa densité a varié entre 1.029 à 1.030 dans mes expériences.

Ce sérum, *neutralisé par l'acide acétique*, est coagulé d'abord au bain-marie, puis à 100° sur un fourneau à évaporations lentes. La gelée obtenue est coupée en petits morceaux avec le couteau de platine, puis additionnée d'un volume d'eau distillée égal à la moitié du volume du sérum employé, et le tout est soumis à la température de 100°. Il ne faut pas ajouter l'eau avant d'avoir d'abord coagulé le sérum, car on sait que la sérine ne se coagule pas par la chaleur dans une solution étendue (3).

Le résidu de la dernière opération est jeté sur un filtre en mousseline, puis sur un filtre en papier. On obtient ainsi un liquide un peu louche, qui, additionné d'alcool à 89° (2 à 3 volumes d'alcool pour 1 de liquide), donne immédiatement un précipité blanc floconneux qui se rassemble au bout de quelques heures.

Ce précipité, recueilli sur un filtre, séché à l'air, est soluble dans l'eau froide, d'où l'alcool le précipite à nouveau.

Le produit ainsi précipité contient une substance organique rappelant l'albumine. Il donne par calcination un charbon volumineux et brûle en donnant l'odeur de corne brûlée de l'albumine ordinaire. Il est souillé de sels minéraux ; mais j'ai constaté que, pour une quantité de matière recueillie, du poids de 0 gr. 1255, il n'y avait pas plus de 0 gr. 0008 de substance minérale, soit 0, 637 p. 100.

Ces composés minéraux étaient des phosphates. L'absence de chaux et de chlorures a été constatée.

Pour m'assurer que j'étais en présence d'une substance non-

(1) Communication à l'Académie des Sciences, séance du 26 octobre 1891.

(2) *Annales des maladies des organes génito-urinaires* (mai 1891).

(3). A. GAUTIER, *Chimie appliquée à la Physiologie*, t. 1, p. 511 ; 1874.

velle, je l'ai soumise à des réactions comparatives avec l'albumine et aussi avec les peptones, dont la présence ne paraît pourtant pas probable dans le sang (1).

Action de la chaleur...............	Ne coagule pas.
Action de l'alcool.....................	Coagule.
Chaleur + 1 goutte d'acide acétique.	Ne coagule pas.
Acide azotique..........................	Coagulum soluble dans un petit excès de réactif, à froid ou à chaud.
Ferrocyanure de potassium + $C^2H^4O^2$.	Louche qui augmente avec le temps.
Acide phosphotungstique............	Précipité.
Sublimé......................................	Rien à froid ni à chaud.
Réaction du biuret.......................	Rien.
Phospho-molybdate d'ammoniaque..	Précipité blanc à chaud.
Nitrate acide de mercure..............	Précipité jaune, se rassemble mieux à chaud.
Réaction de Millon	Précipité blanc devenant rose (à chaud).
Solution saturée de SO^4Mg	Rien.
Solution saturée de SO^4Na^2	Précipité blanc.

Comme on le voit, la substance nouvelle se distingue de la sérine par plusieurs réactions, et également des peptones. Pourtant sa coagulation par l'alcool et quelques autres propriétés la rapprochent de l'albumine et des peptones. Pour rappeler ces analogies, je propose d'appeler ce composé *albumone*.

Les quantités d'albumone qu'on retire du sang sont variables. Ainsi, dans le sang pris par des ventouses à un homme sain, sa proportion n'a atteint que 0 gr. 031 pour 360 cc. de sang de densité 1.029 ; c'est environ 1/1200 en poids. Dans le sang d'un malade atteint de néphrite d'origine saturnine, sa proportion a été 0 gr. 4283 pour 477 gr. 92 de sang, soit 0.087 p. 100.

Les solutions d'albumone possèdent le pouvoir rotatoire. Les faibles quantités de cette substance que j'ai pu avoir entre les mains, et l'opalescence des solutions ne m'ont pas permis de déterminer ce pouvoir avec précision ; mais j'ai pu constater que ce produit est fortement lévogyre.

Cette albumone ne dialyse pas.

Il était probable que ce produit était différent que celui que M. Béchamp a retiré de l'urine par addition d'alcool et qu'il a appelé *néphrozymase* (2).

En effet, le néphrozymase fluidifie et saccharifie rapidement l'empois de fécule à la température de 60°, ce que ne fait pas l'albumone, comme j'ai pu le vérifier par des expériences comparatives.

De tous ces faits, je crois pouvoir conclure qu'il existe, dans le sang normal ou pathologique, une matière albuminoïde nouvelle dont j'ai signalé l'existence, le procédé d'extraction et les propriétés fondamentales.

(1) *Chimie générale* de M. Schützenberger, t. VI, p. 267 ; 1890.
(2) *Gazette hebdomadaire*, 1865, n°s 24 et 25.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

LA PULVÉRISATION PHÉNIQUÉE. — SON APPLICATION AU TRAITEMENT DE L'ORCHITE BLENNORRHAGIQUE (1).

Par le Dr Paul Thiéry
Prosecteur de la Faculté
et M. Henri Fosse
Externe de l'hôpital du Midi.

(Suite et fin).

Nous donnons un résumé synoptique des résultats obtenus dans nos 20 premières observations :

Observations	Nombre de pulvérisations qui ont été nécessaires pour faire disparaître la douleur	Nombre de jours de traitement
—	—	—
I	1	3
II	6	6
III	3	5
IV	1	6
V	1	4
VI	1	5
VII	7	8
VIII	1-15	8
IX	5-16	8
X	16	9
XI	5	4
XII	6	8
XIII	7	4
XIV	7	4
XV	8	14
XVI	5-7	4
XVII	8	5
XVIII	8	5
XIX	6	5
XX	18	10

Tous les cas qui précèdent, favorables ou non, ont été choisis au hasard de la consultation : nous devons même ajouter que notre choix s'est porté de préférence sur ceux où la douleur était le symptôme dominant et où les phénomènes inflammatoires avaient une grande intensité, en d'autres termes sur les cas aigus, avec syndrôme clinique complet. Quelques-uns même étaient compliqués de funiculite (2) et, pour quiconque a étudié le traitement de l'orchite, on sait quelle signification grave présente cette complication, quant à la durée du traitement. (Obs. VII, VIII, X, XIV, XVII et XIX.)

Nous citerons encore la persistance de la vaginalite qui, très abondante dans l'observation XV, n'a disparu qu'après la 28e pulvérisation.

Il est bien nécessaire aussi d'expliquer ce que nous appelons guérison, celle-ci n'étant jamais absolue, puisqu'il reste constamment après le traitement de l'orchite une induration épididymaire partielle, le plus souvent localisée à la queue de l'épididyme, qui est mentionnée constamment dans toutes les observations et par tous les auteurs, et qui persiste plusieurs mois avant de disparaître complètement.

Pour nous, nous pensons qu'on peut considérer comme guéri, c'est-à-dire comme convalescent, tout malade chez lequel la résolution inflammatoire des téguments, la disparition de leurs

(1) Voir le numéro 44.
(2) Dans ce cas la région inguinale a été aussi exposée à la pulvérisation.

adhérences, la résorption de l'épanchement de la vaginale, la diminution enfin de volume de l'épididyme et du testicule, la disparition enfin de toute douleur, permettent de croire tout accident conjuré. Le malade peut sortir de l'hôpital, vaquer aux occupations ordinaires de la vie; est-ce à dire qu'il peut reprendre toutes ses occupations? Oui, sans doute, pour ceux dont le travail ne provoque pas quelque fatigue spéciale particulièrement favorable à la reproduction de l'orchite; non, s'il en est autrement (cavaliers, etc...).

En somme, nous avons obtenu et dépassé le quantum de guérison classique, que l'on exige au moment de la sortie après le traitement par les topiques ou la médication interne.

Voyons comment et en combien de temps cette guérison s'est établie.

En parcourant nos observations nous pouvons constater qu'il y a une distinction bien nette à établir entre la disparition des deux symptômes, douleur et élément inflammatoire.

Contre la douleur, la pulvérisation offre son maximum d'efficacité : dans nombre d'observations c'est au premier jour, à la suite de deux ou trois pulvérisations, parfois après la première, que la douleur diminue ou disparaît. (Obs. I, III, IV, V, etc...)

Chez presque tous nos malades on peut admettre que la douleur était nulle en moyenne après la sixième pulvérisation et que si elle existait encore à ce moment, elle entrait graduellement en décroissance, le chiffre des pulvérisations ayant été, dans les cas les plus rebelles, de 10 et 13 (obs. X et XX), exceptionnellement de 28 (obs. XV, vaginalite considérable et obs. XX).

C'est là la marche vulgaire que l'on peut choisir comme type avec une durée moyenne de cinq à six jours de traitement pour assurer la convalescence.

Dans quelques cas fort rares, mais que nous avons tenu à citer dans nos observations, la douleur s'est accrue après la première pulvérisation (obs. II par exemple), mais pour disparaître ensuite suivant la marche normale que présentent nos autres observations : exceptionnellement et dans un seul de nos cas, la pulvérisation a exagéré les douleurs et n'a pu être tolérée. (Obs. XXV.) Nous n'en n'avons pu trouver le motif.

Enfin parmi les échecs partiels on peut mentionner aussi les quelques observations précédentes où, après une amélioration rapide, la douleur est entrée en recrudescence ; dans ce dernier cas, nous pensons qu'il faut persévérer dans l'application de la pulvérisation qui donne encore, quoique plus tardivement, d'excellents résultats. (Obs. VIII et IX). Voilà pour l'élément douleur : la disparition graduelle ou rapide est donc à peu près constante.

Quant aux symptômes inflammatoires, il nous ont paru s'amender aussi rapidement sous l'influence du bain local pulvérisé; on peut être étonné, en revisant notre tableau récapitulatif, de voir mentionner des guérisons obtenues en quatre, cinq et six jours. L'un d'entre nous qui a rigoureusement relevé ces observations n'a permis la sortie des malades qu'après convalescence assurée; nous devons donc accepter ces chiffres non seulement comme possibles, mais comme représentant presque la moyenne de séjour, précieuse constatation dans un hôpital comme celui du Midi, où chaque consultation amène 20 malades atteints d'orchite, parfois davantage, parmi lesquels la plupart, incapables de travailler au dehors, demandent leur entrée à l'hôpital.

En pratique civile principalement et en clientèle, nous pensons cependant qu'il y aurait lieu de reculer légèrement le terme du traitement, en adoptant une durée de huit à neuf jours de traitement, ce qui est encore un minimum fort désirable.

Par ce fait que la pulvérisation soulage le malade comme les topiques habituels (cataplasmes, onguent napolitain) dont elle n'offre pas les multiples inconvénients que l'un de nous a déjà exposés dans un travail précédent (1), par ce fait que mieux que la médication interne (salicylate de soude, sulfate de quinine, iodure de potassium, teinture d'anémone pulsatille, etc...) elle s'adresse à l'élément inflammatoire en même temps qu'au symptôme douleur, elle nous paraît présenter sur l'une et l'autre méthode de notables avantages sans avoir d'autre inconvénient que celui d'exiger l'emploi du pulvérisateur à vapeur.

De ce court parallèle que nous pourrions établir entre la pulvérisation et la médication interne découlerait d'ailleurs cette notion que, souveraine contre la douleur, la médication interne a le plus souvent une influence assez faible ou douteuse sur la disparition des phénomènes inflammatoires et, par suite, sur la durée totale de l'affection.

Nous ne serions pas éloignés de penser que la pulvérisation peut devenir dans le traitement de l'orchite, la méthode de choix avantage qu'elle partagerait avec la médication interne dans les cas où le malade ne peut être soumis à un repos suffisant. Ne serait-ce d'ailleurs pas encore un bénéfice des plus sérieux que de supprimer pour toujours l'emploi... barbare de la ponction et celui des sangsues dont l'application est toujours délicate et parfois dangereuse?

Le manuel opératoire que nous avons employé est des plus simples et conforme aux principes qu'a donnés notre cher maître Verneuil. Nous avons constamment fait usage du pulvérisateur à vapeur grand modèle que possèdent communément les hôpitaux, le seul dont l'emploi soit compatible avec la haute température que doit présenter le jet pulvérisé et la durée des séances de pulvérisation.

Le malade est placé sur le bord du lit, les pieds reposant sur des chaises, dans la position qu'il occuperait sur un fauteuil à spéculum; tout l'hypogastre et la partie supérieure des cuisses sont recouverts par un taffetas gommé qui isole les bourses, les exposant seules à la pulvérisation, et conduit dans un récipient l'excès du liquide pulvérisé; les bourses sont ou non recouvertes d'une feuille simple de gaze tarlatane des hôpitaux; s'il y a funiculite, la région inguinale reste découverte.

Le pulvérisateur, placé sur une chaise ou une table de nuit, suivant l'élévation du siège du malade, est rapproché jusqu'à la distance de 25 à 30 centimètres, de telle façon *que la pulvérisation soit projetée sur les bourses aussi chaude que possible* (2). La séance, toujours bien supportée par le malade, dure de vingt minutes à une demi-heure. Elle est renouvelée deux fois par jour, (trois fois par exception dans les cas très graves) jusqu'à disparition complète de la douleur. Dans l'intervalle de deux pulvérisations le malade reste étendu dans son lit, les bourses relevées par une planchette échancrée ; au bout de quelques jours on lui permet de se lever. C'est là tout le traitement; nous n'y avons adjoint aucune application de topiques, aucune administration de médicaments. Avant de terminer cette relation de nos recherches, nous voulons insister sur ce fait que nous n'avons eu à constater aucun accident imputable à cette méthode de traitement; les pires résultats ont

(1) Voyez *Traitement de l'orchite par la teinture d'anémone pulsatille.* (Thèse de Dormand, 1888.)

(2) La température du jet est à peine de 30° à une distance de 25 à 30 centimètres.

été l'échec pur et simple sans aucune aggravation ; il est d'ailleurs exceptionnel (observat. XXV). Nous n'avons jamais eu à regretter l'emploi de l'acide phénique ; malgré la coloration noire des urines que nous avons fréquemment observée et à laquelle, d'accord avec M. Verneuil, nous ne reconnaissons aucune signification grave, nous n'avons jamais eu à enregistrer d'accidents généraux dus à l'intoxication phéniquée ; cette constatation d'innocuité est d'ailleurs depuis longtemps banale.

Localement il en a été de même. Si au début de nos observations, alors que nous employions la solution forte à 1/20, nous avons observé une abondante desquamation épithéliale avec mise à nu du derme, nous avons bientôt reconnu qu'avec la solution phéniquée à 1/50 pareil accident ne pouvait survenir. On n'observait pas d'eczéma phéniqué ; à peine dans quelques cas une légère desquamation épithéliale sans aucune importance qui restait inaperçue des malades, preuve évidente de sa bénignité.

Nous croyons cependant que chez les très jeunes sujets. (l'orchite n'est pas exceptionnelle chez eux et pendant son internat à l'hôpital du Midi l'un de nous a pu en recueillir 4 cas à 12, 14 et 15 ans), il y aurait lieu d'abaisser le titre de la solution, d'autant que nous croyons avoir fait suffisamment remarquer qu'en pratique cela importe peu pour le cas qui nous occupe (1).

Nos conclusions sont donc simples :

1° La pulvérisation phéniquée a un triple mode d'action qui en fait un antiseptique, un analgésique et un résolutif ;

2° Elle est donc tout indiquée *a priori* contre les deux principaux symptômes de l'orchite blennorrhagique, inflammation et douleur ;

3° Pratiquement elle a amené rapidement dans la plupart des cas la sédation de la douleur et hâté la résolution ;

4° Elle remplace avantageusement les topiques (cataplasmes en particulier) habituellement employés.

5° Elle ne donne lieu à aucun accident local ou général.

6° Elle paraît réduire, dans des proportions notables, la durée de l'affection.

7° C'est donc une méthode à la fois innocente et efficace qui doit prendre place dans la thérapeutique de l'épididymite blennorrhagique et vraisemblablement de toutes les orchites aiguës.

8° Il ne nous a pas été possible de faire pénétrer dans l'organisme, par ce moyen, quelques substances médicamenteuses telles que le salicylate de soude et l'iodure de potassium, mais il y a lieu de reprendre ces expériences à nouveau et en cas de succès d'étudier leur influence sur la production de la guérison de l'orchite (2).

REVUE
DE THÉRAPEUTIQUE ET DE PHARMACOLOGIE

I. — Le pental (amylène) comme anesthésique, par le Dr Hollænder. (*Therapeutische Monatshefte*, 1891, fasc. 10, p. 509.)

II. — Sur l'ichtyol et le lysol dans la pratique gynécologique et obstétricale, par le Dr A. Pée. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 44, p. 1219.)

III. — Sur l'emploi thérapeutique de l'europhen, par le Dr Nolda. (*Therapeutische Monatshefte*, 1891, fasc. 10, p. 509.)

IV. — Sur le traitement de la coqueluche par le bromoforme, par le Dr Schipper. (*Weekblatt van het Neerl. Tijdschr. voor Geneeskunde*, 1891, n° 9.)

V. — Sur l'éponge iodoformée dans la thérapeutique infantile, par le Dr C. Mettenheimer. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, t. XXII, fasc. 4, 1891.)

I. — Le nom de pental est donné par Hollænder à de l'amylène obtenu en chauffant de l'hydrate d'amylène au contact de certains acides. On obtient ainsi un amylène parfaitement pur, qui bout avec une constance parfaite à 38°, tandis que les procédés employés jusqu'ici pour la préparation de ce corps (déshydratation de l'alcool amylique par du chlorure de zinc ou de l'acide phosphorique anhydre) donnaient des produits très dissemblables, adultérés par de l'alcool amylique, d'une odeur désagréable, dégageant des vapeurs délétères, et dont le point d'ébullition varie entre des limites très étendues (28°-75°). C'est sans doute la difficulté d'obtenir un produit bien défini et inoffensif, qui a fait renoncer à l'emploi de l'amylène comme agent d'anesthésie dans la pratique dentaire, malgré les nombreux succès que ce mode d'insensibilisation avait donnés à certains dentistes. M. Hollænder compte réhabiliter l'amylène ; aujourd'hui qu'on est en mesure d'obtenir ce corps à un état bien défini, qui permet de l'employer sans danger dans les circonstances dans lesquelles les dentistes ont recours à l'insensibilisation.

Le pental ou amylène tertiaire pur est un liquide incolore, d'un poids spécifique faible, 16 cc. pèsent environ 10 grammes. Il brûle en donnant une flamme très éclairante. Les vapeurs se laissent facilement inhaler, sans irriter les muqueuses des premières voies. Il est insoluble dans l'eau, se mélange en toutes quantités avec l'alcool, le chloroforme et l'éther. Il est aussi inflammable que ce dernier.

Il est très volatil et l'inhalation de ses vapeurs développe très rapidement un état de sommeil anesthésique. Ce résultat était obtenu au bout de cinquante, soixante, au plus quatre-vingt-dix secondes, dans les expériences faites par M. Hollænder, voire plus rapidement chez les sujets qui respiraient d'une façon parfaitement calme. Pendant le sommeil anesthésique, le teint des sujets n'est pas modifié, les yeux restent grands ouverts, alors même qu'on a essayé de clore les paupières. Cet état de sommeil s'établit progressivement, sans manifestations saillantes. Au début le pouls est accéléré, mais sa fréquence redevient rapidement normale. Enfin, dans la plupart des cas, le sujet conserve parfaitement sa connaissance, tout en étant dans un état d'insensibilité complète. C'est ainsi que, sur l'ordre qui lui en est donné, il écarte les maxillaires, ouvre la bouche, mais il ne se rend pas compte de ce que fait l'opérateur. Même pendant la phase de réveil, l'insensibilité persiste encore. Dans un cas relatif à une femme enceinte de neuf mois, les inhalations de vapeurs d'amylène ont occasionné une cyanose assez intense.

Ni pendant, ni après la narcose on n'observe des troubles secondaires tels que nausées, vomissements, on céphalalgie. L'état de bien-être qu'accusent les sujets, au sortir de cet état de narcose est tout à fait étonnant ; des personnes qui souffraient d'un mal de tête avant d'être endormies, étaient débarrassées de leur céphalalgie au réveil. Jamais d'oppression, jamais d'accidents de lipothymie ; tout au plus chez un très

(1) C'est une solution faible que nous conseillons si quelque lecteur de ce travail voulait entreprendre la cure des bartholinites si fréquentes chez la femme, par la pulvérisation phéniquée ; on élèvera ensuite graduellement le titre de la solution, l'innocuité locale des solutions plus faibles une fois constatée.

(2) Voyez *in* Beaunis, *Physiologie*, 1881, t. II, p. 844, les raisons qui peuvent expliquer notre échec.

petit nombre de sujets, un peu d'excitation, caractérisée par des impressions agréables, contrairement à ce qui s'observe pendant le stade d'excitation de l'anesthésie par inhalations de chlorolorme ou de bromure d'éthyle. Quelques sujets se sont même mis à rire bruyamment, au moment de respirer les vapeurs du pental, de sorte que l'on pourrait donner à ce gaz le nom d'éther hilariant.

Contrairement à ce qui a lieu avec le bromure d'éthyle, la narcose par inhalations de vapeurs de pental peut être prolongée à volonté. Quand les séances d'inhalations se suivent à des intervalles rapprochés, on ne constate pas d'accoutumance à l'action narcotique du pental; il semble même que lors d'une seconde séance, l'insensibilisation soit obtenue plus rapidement que lors de la première.

M. Hollænder n'a pas observé que les inhalations de vapeurs de pental eussent une action perturbatrice sur les fonctions cardiaques et respiratoires. Le seul inconvénient de cet agent d'anesthésie réside dans son odeur pénétrante qui rappelle l'odeur de l'essence de moutarde; mais cet inconvénient n'a qu'une importance secondaire. Quant au reste, la pratique de l'insensibilisation par inhalations de vapeurs du pental réclame les mêmes précautions que les autres procédés d'anesthésie généralisée. D'autre part, il faut une certaine habitude, pour déterminer l'instant précis où le sujet est plongé en état de narcose; ce résultat peut être atteint bien avant que le réflexe cornéen soit aboli, et avant que la résolution musculaire soit complète.

Ainsi que le fait observer l'auteur, il appartient à d'autres expérimentateurs de nous renseigner sur la question de savoir si tous les faits signalés par lui sont exacts.

II. — M. Pée rend compte des expériences qui ont été faites avec l'ichthyol et le lysol, dans le service de gynécologie du professeur Martin, de Berlin.

L'ichthyol a été employé en dissolution dans la glycérine (à 25 0/0) et en solution aqueuse; des tampons d'ouate imprégnés de ces solutions étaient introduits dans la profondeur du vagin. D'autre part, les solutions à 50 0/0 étaient appliquées directement avec un pinceau d'ouate sur la muqueuse du vagin. De l'ichthyol pur a été appliqué sur le col, ou injecté dans la cavité utérine à travers la sonde de Playfair. En outre, le médicament a été administré à l'intérieur en pilules contenant chacune 0 gr. 1 à 0 gr. 25; dose 1 à 2 pilules trois fois par jour. Enfin, chez quelques malades on a eu recours à l'application de suppositoires contenant chacun 0 gr. 25 d'ichthyol.

Malgré les doses relativement fortes auxquelles l'ichthyol a été employé, on n'a jamais observé d'empoisonnement dans le sens propre du mot; cinq fois seulement, il est survenu un léger érythème un peu prurigineux. Des badigeonnages avec la solution à 50 0/0 ont produit de légers phénomènes d'irritation locale: rougeur, desquamation épidermique, douleur, saignement au moindre attouchement. Enfin les malades s'habituaient très rapidement au goût et à l'odeur désagréable du médicament. L'administration interne de l'ichthyol n'a pas provoqué de troubles digestifs, mais des éructations désagréables en raison du goût du médicament.

Le nombre des cas traités s'est élevé à 46; aucune des femmes n'a été hospitalisée (traitement à la consultation externe). Sur ces 46 cas, 9 étaient des endométrites, 5 des métrites, 11 des rétroflexions utérines avec fixité de l'utérus, 3 des paramétrites aiguës, 5 des paramétrites chroniques, 10 des oophorites dont 8 compliquées de salpingite. Dans 26 cas il existait de la périmétrite.

Un résultat constant du traitement par l'ichthyol a été un soulagement remarquable des douleurs. Des femmes qui depuis longtemps n'avaient pu goûter le sommeil, en raison de leur souffrances, étaient soulagées du jour au lendemain. Par contre, le traitement n'a jamais exercé d'influence bien nette sur la maladie en cours, voire que les applications d'ichthyol ont paru favoriser les hémorrhagies utérines.

Ces résultats contrastent, en somme, avec ceux qu'ont annoncés d'autres auteurs et dont il a été rendu compte dans ce journal.

M. Pée annonce des résultats beaucoup plus satisfaisants, pour ce qui concerne le lysol, qu'il qualifie d'antiseptique tout à fait remarquable. Les antiseptiques couramment usités, tels que le sublimé, l'acide phénique, la créoline, présentent des inconvénients si divers, qu'il était légitime d'aller à la recherche d'un nouveau produit qui complétât la lacune existante.

M. Pée rappelle que, pour être réellement utilisable dans la pratique, un antiseptique doit satisfaire aux conditions suivantes:

Etre soluble, en quantité suffisante dans l'eau, et former des solutions limpides;

Tuer sûrement et rapidement les microorganismes pathogènes, même à l'état de dilution très forte.

N'avoir qu'une toxicité très faible; enfin être d'un prix de revient peu élevé.

Or, le lysol est soluble dans l'eau en toutes proportions, à n'importe quelle température. Ce produit ne renferme pas d'acide phénique, mais des homologues de ce dernier, des crésols, qui possèdent un pouvoir antimycosique très prononcé. D'ailleurs, les expériences de Schottelius et Gerlach, faites à l'Institut d'hygiène de Berlin, ont démontré qu'une solution de lysol à 1/3 p. 100, égale en pouvoir parasiticide des solutions d'acide phénique à 5 p.100 et de créoline à 2 p.100. De même, les recherches de von Lingensheim démontrent que le lysol égale l'acide phénique, quant à son action antibactérienne éprouvée sur le streptococcus, c'est-à-dire sur le micrococque qui est un des principaux agents pathogènes des affections puerpérales.

D'autre part le lysol a une toxicité relativement faible, deux fois plus faible que la créoline et huit fois plus faible que l'acide phénique.

Enfin, le prix du kilogramme de lysol est environ quatre fois moindre que le prix du kilogramme d'acide phénique, et il ne faut pas perdre de vue qu'une solution de lysol à 1 p. 100 donne les mêmes effets qu'une solution d'acide phénique à 5 p. 100.

A la clinique du professeur Martin, le lysol a été employé dans 550 cas, dont 300 accouchements, 200 avortements, le reste des cas se rapportant à des rétentions de placenta et à des déchirures du périnée. Les résultats ont été aussi satisfaisants qu'on pouvait le désirer, notamment dans les cas d'avortement compliqués de septicémie.

Pour les injections et pour la désinfection des mains et des bras, on a employé des solutions de lysol à 1 p. 100. Les mains et les bras étaient brossés pendant deux minutes avec une brosse imbibée de la solution antiseptique. Les instruments, après avoir été désinfectés dans l'étuve sèche, étaient conservés dans une solution de lysol à 1/2 p. 100.

En terminant, l'auteur a fait remarquer que le lysol lui paraît surtout appelé à devenir l'antiseptique qu'on confiera de préférence aux mains des sages-femmes et du public extra-médical, en raison de sa faible toxicité, de sa puissante action antiseptique et de son faible prix.

III. — Dans un des derniers numéros de ce recueil, il a été question d'une nouvelle préparation iodique (crésol ioduré), qui a été baptisée du nom d'europhen, vantée pour ses propriétés antiseptiques et cicatrisantes. M. Nolda témoigne en faveur de l'efficacité de ce nouveau produit employé dans le traitement topique du chancre mou. Entre autres preuves, il cite le cas d'un ouvrier de 24 ans, porteur d'un chancre mou de 2 centimètres 1/2 de long sur 1 de large, qui siégeait sur le prépuce et avait détruit le frein. La moitié de l'ulcère fut pansée avec l'iodoforme et l'autre moitié avec l'europhen; or la partie qui était en contact avec l'europhen s'était cicatrisée deux jours plus tôt que l'autre.

M. Nolda conclut que l'emploi de l'europhen est indiqué dans les mêmes circonstances que l'emploi de l'iodoforme, et que le premier de ces deux médicaments a sur le second l'avantage d'être d'une odeur supportable, d'être dépourvu de toxicité, et d'avoir un poids spécifique beaucoup plus faible.

IV. — M. Schipper a eu recours au traitement par le bromoforme dans 149 cas de coqueluche (104 filles, 45 garçons). L'âge des malades a varié entre 4 semaines et 8 ans. Le médicament était administré par prises de 1 à 5 gouttes, le nombre des gouttes étant proportionné à l'âge du malade; le nombre des prises a été de 4 par jour. Le médicament était en suspension dans l'eau sucrée.

Les renseignements fournis par l'auteur portent que les résultats ont été plus satisfaisants pendant la belle saison que pendant l'hiver. Dans quelques cas le traitement a dû être continué pendant plusieurs semaines (jusqu'à 8 et davantage), preuve suffisante qu'il n'exerce aucune action spécifique sur la coqueluche. L'auteur conclut néanmoins que :

1° Le bromoforme administré aux doses indiquées ci-dessus est complètement inoffensif;

2° En très peu de temps, il diminue le nombre et la violence des quintes en même temps qu'il tarit l'expectoration;

3° Sous l'influence du traitement la durée de la maladie est sensiblement abrégée;

4° Les vomissements cessent déjà au bout de deux ou trois jours de traitement;

5° Il en est de même des hémorrhagies qui se font par la bouche et le nez;

6° Le médicament prévient les complications telles que la pneumonie, en diminuant l'ébranlement des organes thoraciques, qui résulte de la violence de la toux.

V. — En Amérique on a préconisé l'emploi d'éponges iodoformées, dans le traitement des ulcérations tuberculeuses, avec ou sans lésions osseuses. Les expériences faites par M. Mettenheimer lui ont fourni la preuve que dans les cas d'ulcérations cutanées plates, l'application d'une éponge iodoformée donne de meilleurs résultats que la gaze iodoformée, mais qu'il n'en est plus de même quand il existe des trajets fistuleux, en quel cas il y a à craindre une rétention de pus. Voici comment se préparent ces éponges iodoformées : on choisit de petites éponges bien douces, qu'on nettoie avec soin; on les laisse séjourner pendant cinq jours dans une solution d'acide chlorhydrique à 5 0/0. Puis on les dessèche et on les laisse séjourner dans une solution éthérée d'iodoforme à 7 1/2 0/0. Enfin, après les avoir desséchées au moyen de la chaleur, on les conserve dans des récipients en verre.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme faites à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, par le Dr A. Pitres, professeur et doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux. — Ouvrage précédé d'une Lettre-Préface de M. le Professeur J.-M. Charcot. — Deux volumes in-8° avec figures et planches. (O. Doin, éditeur, Paris, 1891.).

Les deux volumes que vient de publier M. le professeur Pitres sont la reproduction de leçons faites par lui, de 1884 à 1890, au cours de Clinique interne de la Faculté de Bordeaux, sur l'Hystérie et l'Hypnotisme.

A l'époque, pourtant récente, où ces leçons furent inaugurées, les choses de l'hystérie et de l'hypnotisme étaient encore aussi mal vues que mal connues du public médical, et il fallait un courage, une autorité et une compétence indiscutables pour oser en faire l'objet d'un enseignement officiel.

M. Pitres n'hésita pas cependant, et à l'exemple du grand neurologiste français, M. Charcot, son illustre maître, il entreprit d'initier les élèves à la connaissance des grandes névroses par l'étude pratique et expérimentale des nombreux phénomènes, tant intellectuels que physiques, qu'elles présentent.

Comme à Paris, le succès de ces conférences fut très vif, et ici comme là, elles attirèrent, en dehors des étudiants, un auditoire empressé de savants, de philosophes, d'hommes de loi, et peut-être aussi, car il s'en glisse partout, quelques personnalités plus ou moins étrangères. On a pu s'en offusquer autrefois et même s'en faire une arme d'opposition contre l'enseignement clinique de la neurologie; pour moi, j'ai toujours pensé que le grand public, instinctivement attiré vers ces troublants problèmes, aurait plus à gagner aux leçons scientifiques des maîtres qu'aux représentations théâtrales des cabotins de la névrose. D'ailleurs, à Saint-André comme à la Salpêtrière, aucune difficulté ne surgit, grâce au tact du professeur et au caractère exclusivement médical qu'il conserva toujours à ses démonstrations.

M. le professeur Pitres put donc, en toute liberté, continuer pendant plusieurs années la série de ses magistrales leçons et faire de la Faculté de Bordeaux un centre de recherches neurologiques d'une réputation aujourd'hui incontestée. Cela s'est fait sans fracas, sans conflit retentissant, sans adjonction d'épithète sonore ou de surnom d'école, mais non certes sans utilité : et le nombre est grand de ceux qui, comme moi, peuvent dire qu'ils ont retiré le plus grand profit de cet enseignement.

Lorsque ces leçons furent terminées, il s'est trouvé qu'elles embrassaient à peu près tous les points principaux de l'hystérie et de l'hypnotisme, si bien que leur réunion pouvait constituer une sorte de traité pratique et clinique des deux névroses, en harmonie avec l'état actuel de la science. Telle a été la genèse de l'ouvrage que nous analysons.

Le talent scientifique de M. Pitres est surtout fait d'ordre, de méthode et de clarté. Ces qualités, qui donnent à son enseignement oral un caractère lucide et compréhensif si apprécié des élèves, se retrouvent au même degré dans les leçons écrites qui ont heureusement gardé la forme et l'attrait des cliniques parlées, et je ne crois pas que la netteté de la pensée, comme la précision du terme, puissent aller, en médecine, plus loin que dans cet ouvrage. Aussi, le lit-on avec intérêt et s'assimile-t-on sans effort tout ce qu'il contient. De nombreuses figures et planches contribuent d'ailleurs à éclaircir le texte et à le graver dans le souvenir.

Il me serait difficile de donner une idée, même approxi-

mative, des nombreuses questions abordées et traitées par le professeur dans ses leçons car, ainsi que je le disais plus haut, il a pour ainsi dire touché à tous les points de son sujet. Ces divers points ont cependant, dans l'ouvrage, une importance inégale; pour certains, déjà connus et qu'il s'agissait simplement de préciser ou de mieux mettre en lumière, — étiologie de l'hystérie, description des attaques, paralysies et contractures hystériques, accidents hystéro-toxiques, hystéro-neurasthénie traumatique, histoire de l'hypnotisme et des procédés d'hypnotisation, formes typiques, mixtes et frustes de l'hypnose, suggestions, thérapeutique suggestive, etc., etc. — M. Pitres a été plus bref, sans pour cela rien omettre d'essentiel; pour d'autres, entièrement nouveaux ou encore obscurs, il les a traités avec de plus grands développements, et a poussé aussi loin que possible leur élucidation. Je citerai, comme particulièrement originaux et personnels, les chapitres très complets sur les troubles de la sensibilité chez les hystériques, et ceux, non moins intéressants, sur les zones spasmogènes et hypnogènes, l'état de la mémoire dans l'hypnotisme, l'automatisme ambulatoire somnambulique, la médecine légale de l'hypnotisme, etc., etc.

On pourrait croire que certaines des leçons de M. Pitres, remontant déjà à plusieurs années, peuvent avoir perdu quelque chose de leur actualité première, les ouvrages de médecine en général et ceux sur les névroses en particulier vieillissant vite dans la période présente d'étude active. Il n'en est rien cependant, et c'est assurément un des plus grands éloges qu'on puisse faire de ces leçons que de dire qu'elles paraissent toutes dater d'aujourd'hui. J'ajoute que les faits cliniques indiqués et mis en évidence par M. Pitres tels que les caractères des zones spasmogènes et hypnogènes, la résistance instinctive des hypnotiques aux suggestions trop contraires à leur nature et bien d'autres encore que l'on pourrait citer, ont été confirmés depuis par d'autres observateurs.

En résumé, l'ouvrage de M. Pitres comble une réelle lacune et tout en se rapprochant par ses tendances générales autant que par la nature du sujet de l'œuvre aujourd'hui classique de M. Charcot, qui a écrit pour son élève une remarquable Lettre-Préface, on peut dire qu'il a sa physionomie propre et qu'il est aussi neuf que véritablement instructif.

C'est un livre destiné à rendre les plus grands services à la fois aux travailleurs et aux élèves, non seulement par ce qu'il est à la portée de tous, mais, pour me servir d'un mot tout à fait ici de circonstance, par ce qu'il est, de plus, éminemment suggestif. C'est de grand cœur que nous lui souhaitons le succès qu'il mérite et qu'il aura certainement, tant en France qu'à l'étranger.

E. RÉGIS.

DE L'INFLUENCE DE L'ANTISEPSIE INTESTINALE SUR QUELQUES ÉRUPTIONS MÉDICAMENTEUSES, par C. GRÉMAUD. (Th. de Paris, 1891.)

Les éruptions médicamenteuses peuvent revêtir presque les formes élémentaires des éruptions cutanées; une même substance produit parfois, à des intervalles plus ou moins éloignés, des éruptions de caractères différents chez le même individu, mais toutefois l'éruption apparaît de préférence sur tel ou tel point de la surface cutanée, suivant qu'elle est due à tel ou tel médicament. Elle peut apparaître brusquement, quelques heures après l'ingestion du médicament ou au bout d'un certain temps; le plus souvent elle disparaît après la suppression du médicament.

Quant à la pathogénie de ces éruptions, l'auteur se range à l'opinion de Behrend et de Grancher, d'après laquelle les substances médicamenteuses modifieraient le sang en donnant naissance à des toxines qui, agissant sur les centres nerveux, produiraient des accidents cutanés et des accidents généraux, symptômes d'une véritable intoxication.

Parmi les substances passibles de provoquer des éruptions médicamenteuses, viennent en premier rang le bromure de potassium et le borate de soude, qui déterminent en même temps des troubles gastro-intestinaux, avec état saburral, troubles qui font défaut, suivant l'auteur, chez les individus qui absorbent du bromure et chez lesquels ce médicament ne provoque pas d'éruption; l'auteur en conclut que les accidents cutanés causés par le bromure de potassium et par le borate de soude sont liés à des troubles gastro-intestinaux. Le plus souvent, la suppression du médicament peut seule faire disparaître les troubles digestifs et la dermatose; mais, comme dans certains cas, la continuation de la médication bromurée s'impose, il est nécessaire de recourir à des médicaments atténuant ou faisant disparaître l'éruption sans nécessiter la cessation du bromure. Or, ce desideratum est rempli, ainsi que l'a démontré M. Féré, par l'antisepsie gastro-intestinale au moyen de l'administration du naphtol β à la dose de 4 grammes *pro die*, et du salicylate de bismuth (2 grammes par jour). Sous l'influence de cette médication, l'état du tube digestif s'améliore, les éruptions s'alternent, disparaissent même. Elle permet d'administrer le bromure ou le borax à hautes doses et par conséquent contribue à en augmenter les effets. L'administration des antiseptiques gastro-intestinaux, même prolongée, n'offre aucun inconvénient; elle trouve des adjuvants utiles dans les diurétiques, les purgatifs, les arsenicaux et surtout les soins de propreté de la peau, les bains fréquents.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU RÉTRÉCISSEMENT DU CHAMP VISUEL DANS LA SYRINGOMYÉLIE ET LA MALADIE DE MORVAN, par J. BRIANCEAU. (Th. de Paris, 1891.)

Jusqu'à ces derniers temps, on a considéré la dissociation de la sensibilité comme pathognomonique de la syringomyélie, signe qui a bien perdu de sa valeur, tant dans la myélite cavitaire que dans la maladie de Morvan, maladies que l'on tend de plus en plus à identifier. Les symptômes secondaires ont, par leur ensemble, une certaine importance et méritent d'être recherchés avec soin. MM. Déjerine et Tucilant, s'appuyant sur les faits qu'ils ont observés, ont soutenu que le rétrécissement du champ visuel était la règle dans la myélite cavitaire. Mais, contrairement à l'opinion de ces deux auteurs, il ressort des études faites par M. Périancean à ce sujet: 1° que dans la majorité des cas de syringomyélie, le champ visuel reste normal; 2° quand il est rétréci, il faut en chercher la cause non dans la syringomyélie, mais dans l'hystérie, qui est associée à cette affection. Aussi le rétrécissement du champ visuel ne saurait être un signe de la syringomyélie.

F. DÉLÉAGE.

BULLETIN

En dépit des recherches entreprises de tous côtés et des progrès accomplis, la question des dyspepsies reste encore assez embrouillée, et nous sommes loin d'être fixés sur tous les points qui s'y rattachent. Pourtant on doit reconnaître que depuis quelques années, l'étude de cette question, une des plus difficiles de la pathologie, est entrée dans une voie plus scientifique et on peut déjà en déduire par avance des applications pratiques assez importantes qui permettront

d'améliorer dans une certaine mesure les errements traditionnels d'une thérapeutique un peu surannée. Nous devons, à ce point de vue, une mention spéciale aux travaux de M. Hayem, en raison de leur ordonnance méthodique et de leur précision vraiment rigoureuse. Nous n'insisterons pas sur le côté technique de ces travaux pour lequel nous laissons toute appréciation aux chimistes compétents. Nous signalerons seulement quelques-unes des conclusions générales que l'auteur a cru pouvoir en tirer et qui, si elles sont acceptées, doivent modifier dorénavant les idées généralement admises concernant certaines notions de pathologie. Prenant pour exemple la chlorose, M. Hayem a fait ressortir la part prépondérante qui revient à la dyspepsie dans le développement d'une maladie fort commune, et vis-à-vis de laquelle on a enseigné longtemps que les troubles digestifs, si fréquents au cours de cette maladie, doivent être considérés comme des symptômes accessoires et purement secondaires. Or, ce serait la contrepartie de cette proposition qui serait vraie, suivant M. Hayem, et l'intervention de la dyspepsie dans la chlorose serait le plus souvent initiale, ainsi qu'il ressort d'un examen approfondi des antécédents chez les malades de cette catégorie. Si l'on accepte définitivement cette notion, il est clair que la thérapeutique traditionnelle et quelque peu routinière de la chlorose est devenue insuffisante, et qu'elle devra subir dans l'avenir un remaniement considérable. Ainsi, on devra désormais renoncer à la médication systématique et invariable qui réduisait le traitement de cette anémie à l'usage des toniques, en particulier du fer et du quinquina, traitement dont le moindre défaut était d'englober tous les cas dans une règle uniforme, sans tenir compte des faits particuliers. Or, ici les faits particuliers sont représentés par les dyspeptiques, lesquels forment réellement la majorité dans l'armée innombrable des chlorotiques. C'est à ceux-là, précisément, qu'il convient d'interdire le fer, l'arsenic et le quinquina, du moins au début, car ces divers médicaments exercent une action nuisible vis-à-vis de l'estomac et ne peuvent, dès lors, intervenir avec fruit, qu'après la disparition des troubles gastriques origine véritable de l'état chlorotique. Telle est, en substance, la conclusion générale qui se dégage de la dernière communication de M. Hayem.

On doit reconnaître qu'il y a quelque chose de très plausible et de très médical dans ces idées, et c'est à ce titre surtout qu'elles attireront l'attention des praticiens. Dans tous les cas, la théorie de l'origine dyspeptique appliquée à la chlorose paraît supérieure à celle de l'origine nerveuse, contre laquelle se dressent tant d'objections. Mieux que cette dernière aussi, elle est justiciable de la sanction thérapeutique qui s'appelle l'épreuve du traitement. En fait, dans la pratique, on constate souvent que l'amélioration générale des chlorotiques se fait sentir à partir du moment où l'on a modifié favorablement leurs troubles digestifs. Cette remarque, déjà fort ancienne, est véritablement une preuve clinique anticipée toute en faveur de l'opinion qui place les troubles gastriques en tête de la chlorose. Cependant, il ne faudrait pas généraliser systématiquement cette théorie et il convient d'imiter ici la réserve de M. Hayem, qui a provisoirement limité ses conclusions à un groupe de faits relativement restreint. Toujours est-il que nous sommes aujourd'hui en possession d'une donnée étiologique dont il y aura lieu désormais de tenir compte dans l'appréciation du choix des moyens qu'il convient d'opposer à cette maladie grave et rebelle appelée *chlorose*. Au point de vue simplement pratique, les recherches de M. Hayem paraissent donc avoir réalisé un progrès réel et même considérable.

P. M.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT

Mercredi 11 novembre, à 1 heure. — *M. Parod :* Contribution à l'étude de l'étiologie de la fièvre typhoïde. De l'importance de quelques causes adjuvantes ; MM. Potain, Straus, A. Robin et Dejerine. — *M. Brandes :* Contribution à l'étude de l'excision du chancre syphilitique ; MM. Straus, Potain, A. Robin et Dejerine.

Jeudi 12 novembre, à 1 heure. — *M. Larcena :* Des tachycardies (étude clinique et physiologique) ; MM. G. Sée, Le Dentu, Chantemesse et Nélaton. — *M. Buscarlet :* La greffe chez l'homme et l'implantation d'os morts ; MM. Le Dentu, G. Sée, Chantemesse et Nélaton. — *M. Montsarrat :* Des scolioses myélopathiques (étude de séméiologie) ; MM. Ball, Cornil, Quinquaud et Netter. — *M. Lemière :* De la suppuration ; MM. Cornil, Ball, Quinquaud et Netter.

EXAMENS DE DOCTORAT

Lundi 9 novembre, à 1 heure. — 2e (Deuxième partie) : MM. Straus, Retterer et Villejean.

Mardi 10 novembre, à 1 heure. — 5e (Première partie, Chirurgie, Charité) : MM. Le Fort, Campenon et Schwartz. — 5e (Deuxième partie, Charité) : MM. Peter, Laboulbène et Hutinel.

Jeudi 12 novembre, à 1 heure. — Dissection, épreuve pratique : MM. Guyon, Richelot et Poirier.

Vendredi 13 novembre, à 1 heure. — 5e (Première partie, Chirurgie, Charité) : MM. Lannelongue, Jalaguier et Ricard. — 5e (Deuxième partie, Charité) : MM. Grancher, Brissaud et Marie.

Samedi 14 novembre, à 1 heure. — 3e (Deuxième partie) : MM. Dieulafoy, Dehove et Hanot. — 5e (Première partie, Obstétrique, Clinique d'accouchement rue d'Assas) : MM. Tarnier, Maygrier et Bar.

EXAMENS D'OFFICIAT

Mardi 10 novembre, à 1 heure. — 3e (Définitif, Charité) : MM. Panas, Maygrier et Gilbert.

Vendredi 13 novembre, à 1 heure. — 3e (Fin d'année) : MM. Ollivier, Brissaud et Poirier.

EXAMENS DE SAGES-FEMMES

Lundi 9 novembre, à 1 heure. — 1re classe : MM. Baillon, Pinard et Ribemont-Dessaignes.

COURS DU SEMESTRE D'HIVER 1891.

Cours de médecine légale pratique. — Professeur M. Brouardel.

I. — Cours de médecine légale pratique à la Morgue.

Ce cours commencera le mercredi 4 novembre 1891, à 2 heures de l'après-midi, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Les mercredis : M. le prof. Brouardel ; les vendredis : M. le Dr Descoust ; les lundis : M. le Dr Vibert.

II. — Conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie.

Ces conférences seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf).

Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à dater du samedi 7 novembre 1891, les mardis, jeudis et samedis.

Les jeudis, à 4 heures : M. le Dr Descoust ; les mardis, à 3 h. : M. le Dr Vibert ; les samedis à 3 heures : M. Ogier.

Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après inscription au Secrétariat de la Faculté :

1° MM. les docteurs en médecine ; 2° MM. les étudiants ayant subi le troisième examen de doctorat.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

Clinique ophthalmologique. — M. le prof. Panas, les lundis et vendredis à 9 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Cours de clinique chirurgicale. — M. le prof. Le Dentu, les mardis et vendredis à 9 heures, à l'hôpital Necker.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. le prof. Lannelongue, les lundis, les mercredis et vendredis à 3 heures, au Grand Amphithéâtre.

Cours d'anatomie pathologique. — M. le prof. Cornil, les lundis et vendredis à 5 heures, au Petit Amphithéâtre; les mercredis à 2 heures, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (2e étage).

Cours de thérapeutique et matière médicale. — M. le prof. Bayem, les lundis, mercredis et vendredis à 4 heures, au Petit Amphithéâtre.

Programme des cours : Médication antidyspeptique. — Traitement de la tuberculose.

Cours d'anatomie. — M. le prof. Farabeuf, les vendredis, lundis et mercredis à 9 heures, au Grand Amphithéâtre.

Cours de physique médicale. — M. le prof. Gariel, les mardis, jeudis et vendredis, au Petit Amphithéâtre.

Objet du cours : Revision et applications biologiques de l'optique, de la chaleur et des radiations.

Clinique des maladies mentales. — M. le prof. Ball, les jeudis et dimanches, à 10 heures, à l'asile Sainte-Anne.

Clinique médicale. — M. le prof. G. Sée, les lundis et vendredis à 10 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Ordre du cours : Les lundis, leçons de thérapeutique expérimentale et pratique; les vendredis, conférences de diagnostic.

— M. le prof. Jaccoud, les mardis et samedis à 9 heures 1/2, à la Pitié.

Visite des malades tous les jours, à 9 heures du matin.

— M. le prof. Peter, les mercredis et vendredis à 9 heures 1/2, à l'hôpital Necker.

Clinique des maladies des enfants. — M. le prof. Grancher, les mardis et samedis à 4 heures, à l'hôpital des Enfants-Malades.

— M. Dejerine, conférences sur les maladies du système nerveux, les jeudis, à 4 heures; première conférence, le jeudi 12 novembre.

— M. le Dr Bermet : maladies des oreilles, les jeudis, à 10 heures.

— M. le Dr Feulard, maladies de la peau, les mercredis, à 10 heures.

Cours de physiologie. — M. le prof. Ch. Richet, les lundis, mercredis et vendredis à 5 heures, au Grand Amphithéâtre.

Cours de médecine opératoire. — M. le prof. Tillaux, les lundis, mercredis et vendredis à 5 heures, au Grand Amphithéâtre.

Cours de pathologie interne. — M. le prof. Dieulafoy, les mardis, jeudis et samedis à 3 heures, au Grand Amphithéâtre.

Cours de chimie médicale. — M. le prof. Gautier, les mardis, jeudis et samedis à 4 heure, au Grand Amphithéâtre.

Ordre des cours. — Novembre : chimie minérale ; décembre janvier, février : mardi, et samedi, chimie biologique ; jeudi, chimie des métaux, applications à la médecine.

Cours d'histologie. — M. le prof. Mathias Duval, les mardis, jeudis à 4 heures, au Grand Amphithéâtre.

Objet du cours : Le système nerveux et les organes des sens ; la peau ; les tissus conjonctifs, cartilagineux et osseux ; le système musculaire.

Corps de santé militaire.

Par décret en date du 28 octobre 1891, M. Mathieu (Jean-Baptiste-Edouard), médecin principal de 1re classe, directeur du service de santé du 15e corps d'armée, a été promu au grade de médecin inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire, en remplacement de M. le médecin inspecteur Papillon, placé dans la section de réserve. — Est maintenu dans ses fonctions actuelles.

— Par décrets du 1er novembre 1891, ont été promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe : MM. Ducelliez, à Nice (médecin-chef) ; Vanmerris, à Amélie-les-Bains (médecin-chef) ; Gentit, à Besançon (médecin-chef) ; Laëderich, à la direction du service de santé de la brigade d'occupation de Tunisie.

Au grade de médecin principal de 2e classe : MM. Blaise, à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, à Paris ; Zaepfell, à Versailles ; Delorme, à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaire ; Boppe, à Verdun (médecin-chef).

Sont, en outre, promus : cinq médecins-majors de 1re classe et huit médecins-majors de 2e classe.

Sont promus : pharmacien principal de 1re classe : M. Bouilion, à la réserve des médicaments de Marsaille.

Pharmacien principal de 2e classe : M. Masson, à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, à Paris.

Distinctions honorifiques. — Par arrêté en date du 19 octobre 1891, le Ministre de l'Intérieur, sur l'avis conforme du comité de direction des services de l'hygiène, a décerné une médaille d'honneur en argent à M. Debay (Jean-François), officier de santé à Robecq (Pas-de-Calais) en témoignage du dévouement dont il a fait preuve en soignant les malades atteints par les épidémies de fièvre typhoïde et de scarlatine qui ont sévi de 1890 à 1891 dans les communes de Busnes, Mont-Bernanchon et Robecq.

— On sait qu'il est question, à l'Hôtel de Ville, de créer une école municipale de médecine.

Un certain nombre de médecins et de chirurgiens libres viennent de demander au Conseil municipal, par voie de pétition, qu'un hôpital comprenant les principales spécialités médicales et chirurgicales soit mis à leur disposition pour tenter l'expérience.

Les signataires de cette proposition, parmi lesquels figurent les docteurs Chassaing, député, Fort, Lutaud, repoussent toute idée de concours. Ils sont persuadés qu'une année suffira pour démontrer au Conseil municipal l'utilité de cet effort.

La majorité des conseillers semblent opposés à ce projet.

— L'épreuve écrite pour le *Concours pour Berck* a été la suivante :

Des adénites chroniques chez les enfants. Les questions restées dans l'urne étaient les suivantes :

1° Epanchements pleuraux chez les enfants, 2° Paralysie infantile.

Les candidats sont :

MM. Ménard, Calot, Plicque, Barhillon, Patin, Millot-Carpentier.

Victime du devoir professionnel. — On lit dans l'*Année médicale de Caen* :

Le Dr Pierre Colombe (de Lisieux) est tombé dans la force de l'âge, à 37 ans, étouffé par une angine diphtéritique, contractée au chevet de ses malades. Sa mort a été un deuil public. Les magasins se sont fermés. Ses obsèques ont donné lieu à une imposante manifestation populaire. Quant à la presse locale, sans distinction d'opinion, elle a rendu un hommage éclatant à sa mémoire.

— La prochaine réunion amicale des médecins de réserve des armées de terre et de mer et de l'armée territoriale, aura lieu le lundi 9 novembre à 9 heures du soir au cercle militaire. — Conférence par M. le Dr Billot, médecin-major de 1re classe au 46e de ligne : « Le rôle du médecin régimentaire. »

Hôpital Broussais, 96, rue Didot. — Le Dr Barth commencera le mercredi 4 novembre à 10 heures une série de conférences de séméiotique élémentaire et de propédeutique médicale, à l'usage des élèves qui commencent à fréquenter les hôpitaux ; ils les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure. — Les autres jours, les élèves seront exercés à l'examen des malades.

— Le Dr Cheron, médecin de Saint-Lazare, reprendra ses leçons cliniques de gynécologie le lundi 16 novembre, à sa clinique, 9, rue de Savoie, près du Pont-Neuf, à deux heures, et les continuera les

lundis suivants à la même heure. Les élèves sont admis à l'examen des malades.

Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts. — Les conférences cliniques recommenceront le lundi 9 novembre, à 2 heures. Comme les années précédentes toute l'ophthalmologie sera passée en revue au point de vue théorique et au point de vue pratique, dans le courant du semestre d'hiver. Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant :

Lundi : Dr Kalt, maladies des paupières, des voies lacrymales, des muscles de l'œil, de l'orbite.

Jeudi : Dr Valude, maladies du cristallin et des membranes internes de l œil, glaucome.

Vendredi : Dr Trousseau, maladies de la conjonctive, de la cornée, de la sclérotique et de l'iris.

Samedi : Dr Chevallereau, réfraction, lunettes, examen fonctionnel de l'œil.

Mardi : Dr Dubief, démonstration de pièces anatomo-pathologiques.

Mercredi : Présentation et discussion de malades par les médecins de la clinique.

Tous les jours à midi et demi, consultations et opérations.

Cours de gynécologie. — M. Auvard commencera à sa clinique privée, 15, rue Malebranche, le 12 novembre à 4 heures, un cours public et gratuit de gynécologie.

Ce cours aura lieu les mardis, jeudis et samedis à la même heure et sera complet en un mois et demi. Se faire inscrire, 15, rue Malebranche.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille.

Hygiène de la grossesse, conseils aux femmes enceintes, par le Dr Adolphe Olivier, ancien interne de la Maternité de Paris, chef de service des maladies des femmes et accouchements à la Policlinique de Paris. Prix : 3 fr. 50.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 18 AU 24 OCTOBRE 1891

Fièvre typhoïde, 6. — Variole, 1. — Rougeole, 1. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 5. — Diphtérie, croup, 15. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 205. — Autres tuberculoses, 26. — Tumeurs cancéreuses et autres, 57. — Méningite, 26. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 37. — Paralysie, 9. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 53. — Bronchite aiguë et chronique, 35. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 39. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 71. — Fièvre et péritonite puerpérales, 1. — Autres affections puerpérales, 0. — Débilité congénitale, 23. — Sénilité, 27. — Suicides et autres morts violentes, 31. — Autres causes de mort, 169. — Causes inconnues, 12. — Total 858.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. DE RANSE**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

UN CAS DE MALFORMATION CONGÉNITALE ET UN CAS D'ANOMALIE DU PAVILLON DE L'OREILLE CHEZ DES ENFANTS.

Par G. Variot.

J'ai l'honneur de présenter et d'offrir à la Société d'anthropologie deux moulages en plâtre; l'un de ces moulages reproduit une malformation congénitale unilatérale de l'oreille gauche chez une petite fille de 6 ans. L'autre représente les deux pavillons de l'oreille d'un jeune garçon de 3 ans 1/2.

La petite fille de 6 ans a été observée par nous à l'hôpital Trousseau dans le courant du mois d'août 1891 et elle est encore actuellement dans le service de M. Cadet de Gassicourt.

Tout porte à croire que cette enfant est atteinte de syphilis héréditaire. Sur les jambes, à la face interne des tibias, on remarque des cicatrices arrondies, pigmentées, qui sont, vraisemblablement des stigmates de gommes syphilitiques ayant évolué antérieurement.

La région frontale du crâne, au-dessus de la ligne d'implantation des cheveux, on sent avec les doigts une dépression de 2 centimètres de diamètre, comme si la table externe de l'os avait été détruite. Le crâne, cependant, n'a pas en arrière l'aspect natiforme décrit par Parrot. Par contre, le foie est développé, déborde les fausses côtes de deux travers de doigts et le ventre est distendu par un épanchement abondant de sérosité.

La malformation de l'oreille qui a attiré nos regards n'existe que du côté gauche, le pavillon de l'oreille droite est normalement conformé.

Le pavillon de l'oreille gauche est réduit à un véritable petit moignon de 3 centimètres de hauteur sur 1 centim. 1/2 de largeur. Le fibro-cartilage enveloppé par la peau est comme recroquevillé. Le pli de l'*hélix* n'a plus sa forme arrondie en haut, il se trouve en partie fusionné avec le pli de l'*anthélix*. A la place du *tragus* on voit une saillie, mais la saillie de l'*antitragus* manque.

Immédiatement en arrière du *tragus*, à la place de l'orifice du conduit auditif externe, s'élève un lobule arrondi, sorte de petit mamelon cutané, au-dessus et en arrière duquel on aperçoit quatre orifices étroits, espacés; ce sont des trous borgnes, car l'introduction d'un stylet montre qu'ils se terminent en cul-de-sac, après un trajet de 2 à 3 millimètres. Le lobule de l'oreille est relativement conservé, mais sa face interne regarde en dehors à cause de la rotation et de l'enroulement du fibro-cartilage du pavillon. Au palper on constate que dans ce moignon de pavillon, persistent des vestiges du fibro-cartilage, la saillie du tragus offre aussi une consistance fibro-cartilagineuse.

FEUILLETON

UNE MISSION EN ESPAGNE EN 1891

(Hygiène et assistance publiques).

I

Aller chercher en Espagne quelque chose de nouveau dont puisse profiter notre pays en ce qui concerne l'hygiène scolaire et les exercices physiques d'un côté, l'hygiène générale, l'assistance générale et médicale de l'autre, était sans doute une tentative hardie. L'Espagne n'est pas de ces peuples qui marchent à la tête de la civilisation, et il semble que dans les matières dont je viens de parler, on pouvait trouver en elle une imitatrice, non une initiatrice

Cependant, la période brillante qu'a traversée ce peuple, sous la domination des Maures, doit avoir laissé quelques traces dignes de notre admiration, et il était agréable, peut-être même utile, de les retrouver. Cette période, malheureusement, a été fort courte. L'espèce d'apathie dans laquelle est tombée l'Espagne, par suite de l'expulsion des Arabes, la soif de l'or qui s'est emparée de ce pays, après la découverte de l'Amérique, la grande émigration effectuée soit pour satisfaire cette soif, soit pour aller guerroyer au dehors, l'énorme diminution des naissances qui en fut la conséquence, la prédominance d'une noblesse exploitant les autres classes de concert avec les communautés religieuses et les ordres militaires, la ruine de cités (1), d'établissements industriels (2) et agricoles (3) autrefois florissants, sous la domination des Maures et que l'expulsion violente de ces civilisateurs anéantissait, tout d'un coup,

(1) Grenade a eu, sous les Manres, 400.000 habitants, Cordone, un million, Tolède, autrefois capitale de l'Espagne et à laquelle Charles-Quint préféra Madrid, avait aussi nne population considérable.

(2) Les fabriques de drap, de soie d'Avila, Médina, Ségovie (30.000 ouvriers) étaient alors prospères. L'importante foire qui se tenait à Medina de Rio Seco faisait appeler cette ville : Petites-Indes (*India chica*).

(3) Il y avait antrefois 5 millions de montons de belle race; il a fallu lenr infuser du sang nouveau. Pour les mulets, c'est la France (Poitou) qui les fournit à l'Espagne. Sous les Romains et sous les Maures, l'Estramadure était d'une extraordinaire fertilité.

L'orifice du conduit auditif externe est complètement obstrué, et le palper des parties molles ne permet de sentir s'il existe un canal osseux.

Il est bien difficile à cet âge d'explorer les sensations auditives. Néanmoins nous nous sommes assuré aisément que l'acuité auditive était conservée du côté droit, du côté où l'oreille est bien conformée.

Lorsque le conduit auditif droit est fermé aussi exactement que possible, le tic-tac de la montre est perçu, si la montre est appliquée directement sur le moignon du pavillon de l'oreille gauche, sur la région temporale et sur l'apophyse mastoïde.

On est donc induit à penser que les organes de l'oreille moyenne et surtout ceux de l'oreille interne n'ont pas subi des altérations en rapport avec celles du pavillon correspondant.

Quelle est la cause et quel est le mécanisme de cette malformation ?

La syphilis héréditaire suffisamment caractérisée par les lésions de la peau, des os et des viscères doit-elle être incriminée? Cela est très douteux : les nosographes spéciaux ne signalent pas ces malformations du pavillon de l'oreille, d'ailleurs une gomme aurait pu produire des désordres circonscrits du côté du canal auditif, mais comment admettre qu'elle ait pu intéresser le fibro-cartilage du pavillon au point d'en amener la rétraction totale ?

L'hypothèse la plus rationnelle est que la partie la plus saillante, périphérique du pavillon de l'oreille, aura été sectionnée par une bride amniotique, et que le moignon en se réparant en se cicatrisant aura, du même coup, par soudure avec les parties voisines, oblitéré le conduit auditif (1).

Ce mécanisme est celui des amputations congénitales que nous avons accepté avec MM. Mathias Duval et Hervé pour un enfant hémimèle dont nous avons présenté antérieurement le bras et la mœlle épinière à la Société d'anthropologie (2).

Il serait fort intéressant de connaître l'état exact de la caisse et de la membrane du tympan derrière la cloison qui ferme le conduit auditif externe ; si l'état général de l'enfant le permet, on se décidera peut être à pratiquer une fenêtre artificielle dans la région, et, en même temps que l'enfant récupérera l'ouïe de ce côté, on pourra examiner dans quelle mesure les lésions extérieures auront retenti sur l'oreille moyenne.

Le second moulage montre une légère anomalie symétrique des deux pavillons de l'oreille chez un jeune garçon de 3 ans 1/2

Cet enfant présente tous les signes physiques d'une lésion congénitale du cœur. Son thorax est déformé par une voussure médiane : le sternum et les cartilages costaux sont projetés en avant. Au premier abord on croirait avoir affaire au thorax en carène des rachitiques. Mais du côté des membres et de la colonne vertébrale le squelette n'offre aucun indice de rachitisme. Quand on percute la région voussurée, on constate qu'elle est mate et si on y applique la main à plat, elle est soulevée fortement par l'impulsion du cœur hypertrophié. La main sent aussi un frémissement qui correspond à un souffle systolique très intense, dont le *maximum* d'intensité s'irradie dans la direction de l'artère pulmonaire.

Cependant cet enfant n'a pas de cyanose de la face ni des extrémités, il n'a pas non plus les déformations des extrémités qu'on observe dans l'état cyanique. Il n'existe pas de troubles de la circulation périphérique ; les membres inférieurs ne sont pas infiltrés et les viscères ne sont pas engorgés.

Le seul trouble fonctionnel évident consiste dans une dyspnée habituelle qui apparaît dès que l'enfant fait des mouvements rapides et dans des palpitations qui soulèvent alors la voussure sternale.

La modification symétrique des pavillons des oreilles ne mérite pas le nom de déformation, mais plutôt celui d'anomalie.

Cette anomalie est constituée par une saillie très accentuée du pli du fibro-cartilage qui sert d'origine à la spire de l'*hélix*, dans la région de la conque.

A l'état normal ce pli se perd et s'abaisse en se rapprochant de l'*anthélix*; tandis que dans ce cas particulier ce pli garde toute sa hauteur pour aller se brancher sur l'*anthélix*. Il forme une sorte de cloison parallèle qui subdivise la conque proprement dite.

Entre la bronche originelle supérieure de l'*anthélix* et le pli anormalement développé de l'origine de l'*hélix* se trouve une cavité rectangulaire assez profonde qui manque dans les pavillons à type normal.

(1) Telle est aussi l'opinion formulée par M. Magitot au cours de la discussion provoquée par ma présentation.

(2) Cependant M. Hervé pense qu'il pourrait bien s'agir d'un arrêt de développement du pavillon, car l'imperforation du conduit auditif externe est un des accidents ordinaires en pareil cas.

---

toutes ces causes réunies, d'autres encore, ont fait subir à l'Espagne une décadence profonde. Elle n'est que momentanée.

L'Espagne essaie, depuis déjà quelque temps, de se reprendre, de réveiller ces industries, de multiplier les moyens de communication, de corriger, par de sages mesures d'hygiène, la situation que créent à ce beau pays la nature du sol, sa topographie, la longueur démesurée de ses côtes et d'autres particularités, desquelles résulte un climat heurté, irrégulier, divers, et, sur quelques points, peu salubre.

Cette race est sobre, encline à l'oisiveté, à raison de la modération de ses appétits ; elle a moins d'orgueil qu'on ne le croit, et certains de ses hommes d'État, de ses littérateurs, de ses savants, s'accusent, plus qu'il n'est raisonnable, de l'état de leur pays.

D'ailleurs, ce sentiment, né d'une modestie exagérée, chez la plupart des hommes distingués que j'ai rencontrés, je le crois sincère ; d'autant plus que je l'ai trouvé — à part chez quelques-uns qui ne demandaient qu'à être contredits — associé à un grand désir de reconquérir, pour l'Espagne, une bonne place au soleil de la civilisation.

En instruction, en hygiène, dans le domaine des sciences d'expérimentation et d'observation, — j'abandonne les sciences exactes, — les Espagnols marquants étudient, recherchent, font effort.

Ce qui manque à ces têtes, ce sont des corps qui leur obéissent. Bien souvent j'ai entendu parler des chefs; ils exposaient leur ambition, mais, en même temps, leur impuissance. Il leur manquait d'être suivis : c'étaient des généraux sans armée. Ce qui leur fait aussi défaut, ce sont les ressources matérielles. Dans certaines parties privilégiées, le sol est aride ; on connaît le proverbe : « L'alouette en traversant la Castille doit emporter son grain ». Il y a, en Espagne, beaucoup de montagnes, peu de rivières, ou plutôt peu de cours d'eau utilisables et soumis. L'Espagne est, sur un grand nombre de points, un pays nu, désolé, ingrat ; on a dévasté les forêts qui le couvraient, et, parfois, l'œil se pose attristé sur de vastes déserts. Cette absence de forêts est sans doute cause que ces mêmes cours d'eau, très rares, se gonflent aux jours de tempête, et amènent d'effroyables désastres, comme on l'a pu voir dans ces derniers temps (1).

(1) Une loi du siècle dernier ordonnait cependant à chaque homme de planter cinq arbres. Mais le paysan est ennemi des arbres, parce qu'ils protègent les petits oiseaux destructeurs des récoltes. (E. Reclus.)

Néanmoins en examinant un certain nombre d'oreilles chez des personnes saines, nous avons remarqué des dispositions des plis qui se rapprochent plus ou moins de l'anomalie ci-dessus décrite.

Cette légère anomalie symétrique des pavillons qui résulte évidemment d'un plissement irrégulier et exagéré du fibrocartilage mérite d'être relevée si l'on a égard à la malformation congénitale du cœur, qui se révèle par des signes incontestables.

Nous avons gardé le souvenir d'un enfant souffrant d'un rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, et qui avait la luette bifide. Des auteurs signalent quelquefois le bec de lièvre ou d'autres monstruosités coïncidant avec les malformations cardiaques.

Il sera bon de rechercher aussi à l'avenir si les anomalies de ce pavillon de l'oreille ne se rencontrent pas plus ou moins fréquemment associées aux lésions congénitales du cœur.

Je ne veux d'ailleurs tirer aucune conclusion prématurée de ces deux faits isolés : je les livre à titre de documents à ceux de nos collègues qui font une étude spéciale de la morphologie du pavillon de l'oreille.

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE PHYSICOCHIMIQUE DE LA FONCTION DU REIN (1).

Par M. C. CHABRIÉ.

Lorsque M. le professeur Guyon m'a chargé d'étudier, au point de vue chimique, le fonctionnement du rein chez les néphrétiques, je me suis demandé à quelle manipulation de laboratoire pouvait se comparer ce fonctionnement dans l'état de santé et dans l'état pathologique. Quelle que soit la théorie physiologique qu'on admette, on voit qu'en fait le rein transforme le sang en urine en en séparant les éléments histologiques et en en retranchant les substances albuminoïdes.

La première opération est une filtration analogue à celle qu'on fait pour séparer un précipité ténu de la liqueur qui le baigne ; la seconde est plus compliquée.

Pour l'étudier, je me suis procuré du sang humain provenant de personnes d'une bonne santé. Le sérum a été séparé avec soin du coagulum fibrineux qui contenait presque tous les globules, puis filtré jusqu'à ne plus présenter que la couleur jaune de l'urine. Enfin, il a été soumis à l'expérience suivante :

Première expérience. — On l'a dialysé à travers une membrane animale. A cet effet, on a placé 70 cc. de sérum dans un dialyseur, 450 cc. d'eau distillée dans le cristallisoir extérieur, et le tout a été abandonné, pendant vingt-quatre heures, à une température de 10° à 15°. Après ce temps, on a recherché dans le sang et dans l'eau : les chlorures, l'acide phosphorique, l'urée et l'albumine.

Résultats :

	Chlorures.	Acide. phosphorique.	Urée.	Albumine.
Sang.......	0 gr. 12	pas.	pas.	0 gr. 013
Eau........	0 gr. 45	0 gr. 02	traces.	pas.

La faible quantité d'urée trouvée dans l'eau s'explique, puisque, dans 70 cc. de sérum, la proportion de ce composé est très faible ; il suffit d'avoir constaté sa présence dans l'eau et son absence dans le sang. Les sels se sont comportés de la même manière que l'urée. On voit que, pour l'albumine, c'est l'inverse.

De plus, la réaction du sang était restée alcaline, et celle de l'eau *était devenue acide*, de neutre qu'elle était.

Cette expérience montre que le dialyseur fonctionne comme le rein normal. Mais on sait que, dans certains cas pathologiques, le rein laisse passer de la sérine, et même plus rarement de l'hémoglobine (même sans globules).

Or, si l'on compare la grandeur des volumes moléculaires relatifs de l'urée, de l'acide urique et, en général, des matières organiques contenues dans l'urine à ceux des substances albuminoïdes qu'on trouve dans le sang, on voit que ces volumes sont beaucoup plus considérables pour ces dernières. Il m'est donc venu à l'idée que le rein laissait d'abord passer les plus petites molécules, puis les plus considérables lorsque, par suite de la destruction de son tissu ou pour une autre cause, ces molécules venaient à le traverser comme des graviers qui passent à travers un crible.

Si cette pensée avait un fond de vérité, une expérience devait la justifier.

(1) Travail du laboratoire de chimie de M. le professeur Guyon, à l'hôpital Necker, présenté à l'Académie des sciences, séance du 2 novembre 1891.

Tous ces facteurs de la pauvreté du sol contribuent à la misère de l'habitant : celui-ci a de la peine à vivre du produit de son labeur, plus de peine encore à payer l'impôt. Toute idée d'économie paraît impossible.

Aussi les contributions sont-elles difficiles à percevoir, et par cela même, est rendu très aléatoire l'entretien des routes des écoles, des hôpitaux. J'aurai l'occasion d'en citer des exemples : des instituteurs à qui les municipalités doivent plus de 8 millions, et dont plusieurs ne vivent que de la charité des parents de leurs élèves, ou des prêts ruineux des usuriers ; des hôpitaux, où, comme à Almeria que visitait le ministre de l'intérieur, à la suite des inondations de septembre 1891, les sœurs, les internes, les infirmiers se sont plaints de n'avoir pas été payés depuis plus de dix mois ; la Maternité de la même ville aux nourrices de laquelle il est dû huit mois de leurs gages, bien gagnés, cependant, par ces pauvres femmes à qui l'on impose d'allaiter chacune deux, et même trois enfants.

Mais j'aurai à revenir sur cette situation et à en faire apprécier l'importance.

II

Le champ sur lequel ont porté les études visées par la mission qu'avait bien voulu me confier M. le ministre de l'Intérieur, était assez vaste. Il s'agissait, à la fois, de l'organisation sanitaire de l'Espagne, qui date de la loi de 1855 modifiée en 1866, et des règles de l'assistance aux pauvres, principalement considérée sous le rapport des secours médicaux, règles qui datent des lois de 1822 et de 1849, modifiées et complétées par des décrets royaux et des arrêtés ministériels.

L'État, la province représentée par la députation provinciale (l'analogue de nos conseils généraux, avec un peu plus d'autonomie, surtout dans certaines de ces divisions territoriales), la commune, ont leur rôle dans l'application de ces règlements ; mais, comme je l'ai fait remarquer, la difficulté de percevoir les impôts qui existe dans certaines provinces et villes, empêche, chez ces unités administratives seulement, l'exécution de mesures commandées par la loi. Il n'y a donc pas, dans la distribution des secours aux indigents, dans la protection de la santé publique, cette

Deuxième expérience. — J'ai soumis du sang à la filtration à travers la porcelaine et j'ai recueilli les différentes fractions du liquide qui passait à travers la paroi poreuse *sous une pression de quelques centimètres de mercure.*

Les douze premiers centimètres cubes de liquide filtré ont précipité par l'azotate d'argent, et le précipité de chlore d'argent a été constaté; mais le liquide ne précipitait ni par l'acide azotique, ni par le réactif d'Esbach, ni par la chaleur avec ou sans addition d'acide acétique.

Donc les chlorures passaient avant la sérine.

Les 12 cc. recueillis ensuite étaient colorés en rouge et donnaient en plus les réactions de l'hémoglobine.

On sait que le volume moléculaire de la sérine est plus petit que celui de l'hémoglobine, puisque le poids moléculaire de cette dernière substance est plus grand que celui de l'albumine de l'œuf, qui est lui-même supérieur à celui de l'albumine du sang (1).

Mais il fallait encore établir par des nombres que l'urée, par exemple, filtrerait *plus vite* que la sérine dans un liquide contenant ces deux substances.

Troisième expérience. — Je me suis procuré une urine d'un albuminurique. Elle contenait par litre :

Urée	17 gr. 93
Albumine...........	2 gr. 90

Elle a été filtrée, à travers la porcelaine. J'ai jeté les premiers centimètres cubes qui ne contenaient pas d'albumine. Les 12 cc. suivant contenaient :

Urée.........
Albumine...... } nombres rapportés au litre.

12 cc. examinés ensuite ont donné :

Urée..................	17 gr. 93
Albumine..............	2 gr. 70.

Il ressort de ces nombres que l'urée de petit volume moléculaire, *traverse plus vite* les parois poreuses que l'albumine dont le volume est considérable.

Il est intéressant de noter que, sous l'effet de la faible pression exercée, l'albumine *a fini par traverser* la paroi poreuse, quand elle ne pouvait pas passer au travers de la membrane du dialyseur.

On est donc naturellement conduit à comparer ces résultats au fonctionnement du rein qui, dans l'état normal, ne laisse pas passer des quantités appréciables de sérine, et qui ne peut s'opposer à son passage dans le cas où le rein est fortement congestionné sans même être atteint de lésion rénale, comme on le voit dans les cas d'albuminurie *a frigore*, par exemple.

Il me semble que l'on peut se rendre compte de ces phénomènes par des considérables tirées de la grandeur moléculaire des différentes substances du sang.

Pour que le rein se laisse traverser difficilement par des substances du sang, il faut que leur molécule soit assez grande.

Ainsi, lorsqu'il s'agit de petites molécules, comme l'urée et l'acide urique, leurs vitesses de passage à travers la paroi de terre poreuse on la substance du rein ne sont pas influencées par leur grandeur, tandis que, pour les molécules des substances albuminoïdes, leur grandeur relative prend de l'importance.

Quatrième expérience. — Ainsi, j'ai constaté que, relativement à la filtration du sang à travers la terre poreuse, lorsque les quantités de sérine qui passaient successivement étaient entre elles comme 1 est à 8, les proportions d'hémoglobine n'étaient entre elles que comme 1 est à 5.

Il est hors de doute que les considérations tirées des relations entre les volumes moléculaires des substances du sang et leurs vitesses de passage à travers les parois poreuses ne sont pas les seules à invoquer dans cette étude; mais les résultats numériques des expériences relatées dans le présent travail me paraissent introduire une vue nouvelle sur la fonction du rein.

(1) Sabaneyew et Alexandroff, *Bull. Soc. chim.*, 3e série, t. VI, p. 502, et *Journal phys. chim. russe*, t. XXIII, p. 7.

---

uniformité que nous rencontrons en France, où l'action de l'État se fait plus vigoureusement sentir, surtout depuis la loi municipale de 1884, et la création de la direction générale de l'Assistance publique.

Il fallait, pour apprécier suffisamment la situation de l'Espagne, au double point de vue qui m'occupe, faire une enquête détaillée et minutieuse, mais si j'avais eu à la conduire d'emblée, j'aurais perdu bien des jours à tâtonner, et mon voyage eût été interminable sans me mener au but.

J'avais heureusement, pour faciliter ma tâche, l'appui de nos consuls français auprès desquels m'avait introduit, dès le premier jour, une lettre bienveillante de M. le ministre des Affaires étrangères. A cette recommandation, M. Cambon, ambassadeur de France, nommé depuis à Constantinople, et qui fut, on le sait, l'un des fondateurs de la patriotique *Alliance française*, avait bien voulu ajouter sa haute et efficace intervention.

Les autorités espagnoles, de leur côté, grâce au puissant appui de M. le Président du conseil des ministres, m'ont, avec beaucoup d'empressement, initié à tous les détails ressortissant de ma mission; mes excellents confrères des hôpitaux, des Facultés de médecine, des laboratoires de chimie, et de la presse de Madrid et du reste de l'Espagne, m'ont aussi prêté un concours et ménagé un accueil dont je souhaite qu'ils trouvent ici la cordiale mais insuffisante expression.

J'avais préparé deux questionnaires.

Le premier portait sur l'hygiène urbaine : surveillance de la santé publique, déclaration des cas de maladies zymotiques aux autorités, et mesures en découlant, organisation des égouts et des autres moyens de débarrasser les villes des matières usées, alimentation hydraulique, analyse des substances alimentaires, inspection des marchés, de la vaccination, de la prostitution.

Le second questionnaire embrassait tout ce qui concerne l'assistance publique : organisation des secours médicaux et pharmaceutiques, attributions et ressources des commissions de bienfaisance, conditions d'inscription sur les listes des pauvres secourus, administration, nombre, origine et destination des hôpitaux, hospices et asiles.

Muni des réponses faites par les divers services des municipalités, on les commissions sanitaires et hospitalières, elles-mêmes, il m'a été possible de dresser mon plan de campagne et de mener à bien ma tâche; car je n'ai eu qu'à vérifier, à contrôler, sur place, sachant bien sur quels points précis devaient porter mes investigations, et pouvant ainsi utiliser chaque minute de mon trop court voyage.

Je vais donc raconter ce que j'ai vu, et analyser mes impressions.

Dr C. Delvaille.

(*A suivre.*)

PATHOLOGIE MÉDICALE

SUR L'HYPERTHERMIE AU DÉBUT DE LA PHTISIE AIGUE

Par le Dr Fiessinger (d'Oyonnax).

Je ne sais si cela tient à la race de campagnards moins soucieuse de ses malaises et plus rude à la fatigue que je suis appelé à soigner. Toujours est-il qu'à plusieurs reprises, j'ai examiné dans mon cabinet des gens avec 40° de T., et malgré cette fièvre vive, venant d'accomplir une marche de plusieurs kilomètres. Ils s'en retournaient chez eux, comme ils étaient venus, à pied.

L'un d'eux avec 40° de T. arrive à faire 15 kilomètres (obs. I), un autre à 39°,8 de T.; il vient à bout de 32 kilomètres (obs. II). Un troisième m'accompagne sans fatigue notable et à pas pressés à travers les rues de Saint-Claude. Il a une température de 40°,7 (obs. IV).

Tous ces gens étaient atteints de phtisie aiguë. Le premier avec une phtisie pneumonique succombe en trois mois (obs. I), le second ne résiste que trois semaines à une phtisie typhoïde (obs. II). Le troisième vit encore avec des craquements au sommet du poumon droit qui témoignent d'un ramollissement pulmonaire à marche rapide (obs. IV). Un quatrième meurt dix jours après être venu me consulter. Il avait 39°,9 de T. à mon premier examen et était emporté par une phtisie aiguë suffocante (obs. IV).

Le début en général avait été insidieux; de la céphalalgie, de l'inappétence, une certaine lassitude, une toux peu fréquente jointe à de l'oppression, tels étaient les symptômes qui avaient commencé le chapitre de l'infection tuberculeuse. — La violence des douleurs rénales, la céphalalgie frontale, l'oppression, le teint blafard auraient pu faire songer à une lésion rénale chez un de mes malades (obs. IV), si l'absence d'albumine et les craquements perçus au sommet d'un poumon n'avaient immédiatement donné la clef du diagnostic. Il m'a semblé intéressant d'attirer l'attention sur le peu de réaction que la fièvre éveille au début de la phtisie aiguë. Des gens qui, sur un trajet de plusieurs kilomètres, promènent une hyperthermie considérable, cela ne constitue pas un fait déjà si banal.

Les formes ambulantes de la pneumonie et de la fièvre typhoïde sont exceptionnelles chez les adultes qui présentent une température élevée. La rareté de cette faculté qu'ont les typhiques de se livrer à une course de plusieurs kilomètres m'a fait *a priori* rejeter le diagnostic de fièvre typhoïde chez un phtisique avec hyperthermie qui avait fait 32 kilomètres à pied.

A l'occasion, un tel commémoratif pourra donc être de quelque secours pour décider entre une phtisie aiguë et une fièvre typhoïde.

D'antant que la forme ambulante de la phtisie aiguë semble fréquente. Mon ami, le Dr Julliard (de Châtillon de Michaille), me dit avoir observé deux faits semblables.

Leur ensemble démontre combien est fondée la doctrine moderne de l'infection. Là où l'école allemande a accusé l'hyperthermie, elle a trouvé des toxines. L'absence de toxines déprimant le système nerveux, rend sans doute compte de la tranquillité avec laquelle les phtisiques dont nous venons de parler acceptent leur hyperthermie.

La connaissance de ces faits a de plus une portée pratique. Sachant que l'hyperthermie dans la phtisie aiguë n'est pas incompatible avec la fatigue d'une longue marche, le clinicien ne sera pas tenté de prendre pour une simple indisposition les malaises d'un individu qui affronte des distances kilométriques considérables.

Le médecin portera un pronostic juste et la famille du malade lui en tiendra gré. Quand on ne peut empêcher la mort c'est déjà quelque chose de la prévoir.

Observation I. — *Phtisie pneumonique. Le malade fait 15 kilom. à pied avec 40 de température Mort en trois mois.*

C..., 44 ans, cultivateur, fort et bien musclé, sans antécédents héréditaires (1), vient nous consulter le 8 décembre 1887. Cet homme qui se surmène à la besogne et dort peu, se plaint depuis une dizaine de jours de perte d'appétit et d'affaiblissement des forces. Il tousse un peu et est oppressé aux montées. Il vient à pied de son village situé dans la montagne, à 7 kil. 1/2 de distance. La fièvre est vive; le thermomètre sous l'aisselle indique 40°. A la base et en arrière du poumon droit, on perçoit une diminution de sonorité et quelques râles sous-crépitants fins. Le murmure vésiculaire est diminué.

Le malade est étonné que nous le trouvions gravement atteint et il rentre chez lui à pied. Dans les visites ultérieures que nous lui faisons, la matité augmente, la respiration prend un timbre soufflé, l'expectoration est jaunâtre, visqueuse; les vibrations thoraciques s'exagèrent. La température oscille de 39° à 40°. Puis des signes cavitaires apparaissent; le souffle devient caverneux et est entendu dans toute la partie moyenne et inférieure du poumon droit. Le malade se cachectise et succombe au commencement de mars 1888.

Observation II. — *Phtisie aiguë à forme typhoïde. Le malade fait 32 kilom. à pied avec 39,8 de température. Mort en trois semaines.*

Sig..., âgé de 35 ans, d'ordinaire bien portant, arrive de Chougeat, village distant de 16 kilom. C'est le 17 mai 1888. Ce malade, un peu pâle, accuse depuis une huitaine, de la courbature, de la céphalalgie, de l'inappétence. Néanmoins, il est venu à pied de son village, sans difficulté. Il tousse un peu; l'examen de la poitrine reste négatif. La température axillaire est à 39°8. Ce malade refait à pied les 16 kilom. qui le séparent de sa demeure et nous fait appeler le 25 mai. Aucune fièvre typhoïde ne sévit dans la commune. Nous constatons chez le malade une hypertrophie de la rate, quelques sibilances dans les bronches. Les urines sont albumineuses. Il n'y a pas de taches rosées sur le ventre, ni de diarrhée. Les jours suivants la prostration augmente, des râles humides envahissent la partie inférieure et moyenne des bronches, la fièvre oscille entre 39 1/2 et 40°. Cet état se prolonge une huitaine, puis éclatent des accidents méningés avec délire, agitation, strabisme, contracture de la nuque. Le pouls est faible et rapide; le 3 juin, le malade perd connaissance et marmotte des paroles inintelligibles. Il meurt le 4 juin 1888.

Observation III. — *Phtisie aiguë suffocante. Le malade se promène avec 39,9 de température. Mort en dix jours.*

P..., 42 ans, boulanger à Oyonnax, tousse depuis plusieurs mois, mais a continué de vaquer à ses occupations. Le 28 janvier 1891, il vient nous consulter. Il se sent plus faible et est oppressé. La température axillaire est à 39°,9. Le malade est enroué. L'examen de la poitrine reste négatif. Rentré chez lui, pendant trois jours encore, le malade se lève, en dépit de son oppression qui a augmenté.

1er février. Nous voyons le malade chez lui. La rate est grosse. Les urines contiennent des traces d'albumine. L'examen de la poitrine reste négatif. Le pouls est faible et fréquent. Le malade demande encore à se lever. T. (rectale) m. 40°,2, s. 40°2; P. m. 160, s. 160.

(1) Ces antécédents n'ont été notés chez aucun de nos malades.

Nous ordonnons une potion avec 80 centigr. de sulfate de quinine et des injections sous-cutanées de caséine.

2 février. T. m. 39°, s. 39°,7; P. m. 140, s. 160. On perçoit quelques sibilances disséminées dans les bronches, et à la base droite et en arrière quelques râles humides. La dyspnée est continue, le teint est plombé.

3 février. T. m. 39°,3, s. 39°,7. Les râles humides sont étendus aux deux bases. Le malade délire et on a de la peine à le maintenir au lit. Les extrémités se cyanosent Les jugulaires sont gonflées.

4 février. T. m. 38°5. L'agitation persiste, l'intelligence se perd. La mort survient dans la matinée.

OBSERVATION IV. — *Phtisie aiguë. Le malade se promène avec 40°,7 de température.*

Ch... J..., 50 ans, de Saint-Claude, est un ouvrier qui nous attend le 22 septembre 1891 à la gare de Saint-Claude et nous conduit chez lui à travers les rues de la ville. Depuis trois semaines il a des douleurs dans les reins, des maux de tête, de la toux, une oppression vive. Un médecin a prescrit plusieurs purgations sans résultat. Le teint du malade est blafard. Nous songeons à une néphrite, mais les urines ne contiennent pas d'albumine.

En même temps l'examen de la poitrine nous révèle des craquements en arrière et au sommet du poumon droit; la température rectale est à 40°,7.

Nous engageons immédiatement ce malheureux à aller se coucher, et le laissons assez surpris d'avoir été trouvé si malade. Le 29 septembre la fièvre est tombée à 39°,4. Le malade garde le lit.

REVUE DES JOURNAUX

CONTRIBUTIONS A L'HISTOIRE DE LA TUBERCULINE.

I. — LA COMPOSITION DE LA TUBERCULINE, par le professeur KLEBS. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 45, p. 1233.)

II. — SUR LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR LA LYMPHE DE KOCH, par MM. AUFRECHT, KAATZER, etc. (*Ibidem*, n° 45, p. 1153.)

III. — LE TRAITEMENT DE LA PHTISIE PAR LA TUBERCULINE, par le Dr Th. WILLIAMS. (*The Lancet*, 27 juin 1891.)

I. — Klebs annonce que ses recherches lui ont fourni la preuve de la présence, dans la tuberculine, de substances distinctes du principe curatif, auxquelles sont imputables les troubles secondaires et les accidents occasionnés par les injections de la lymphe de Koch, que, partant, il se voit amené à prendre la défense de cet énigmatique remède contre celui qui l'a découvert. Une prochaine publication contiendra l'exposé complet des recherches de Klebs relatives à cette question et des résultats qu'elles ont fournis. Mais à la suite de la dernière communication de Koch, Klebs a tenu à faire connaître dès maintenant les points les plus importants de ces recherches.

Tout d'abord, Klebs constate que la voie suivie par lui, diffère sensiblement de celle qu'a adoptée Koch. Ce dernier, pour juger l'efficacité des substances qu'il tirait de la tuberculine brute, recourait autant que possible à des doses mortelles. Klebs, au contraire, s'en tenait aux doses qui ne produisent que des effets thérapeutiques. Pour Koch, une substance n'est assimilable à une tuberculine efficace qu'autant qu'elle tue un cobaye en l'espace de trente-deux heures, lorsqu'elle lui est administrée à certaines doses. Pour Klebs, un pareil résultat est une preuve que la substance injectée n'est pas encore suffisamment débarrassée des principes délétères qui, dans la tuberculine brute, se trouvent associés au principe curatif. Pour Koch, ces principes délétères sont identiques au principe curatif. Klebs ne partage pas cet avis. Il se fonde sur ce que, chez certains animaux, les troubles accessoires produits par les injections de tuberculine sont moins prononcés que chez l'homme, tandis que l'action curative est des plus manifestes. Donc les animaux en question sont moins sensibles que l'homme à l'action des poisons contenus dans la tuberculine brute, comme cela se voit pour d'autres toxiques. Et comme les animaux ne sont pas réfractaires à l'action curative de la tuberculine, force est d'admettre que le principe curatif et les substances délétères sont distincts. Or, si c'est par leur nature chimique qu'ils diffèrent, il doit être possible de les isoler les uns des autres.

La question est maintenant de savoir quelle est la nature chimique de ces substances nuisibles. Klebs soutient que ce sont des bases organiques (alcaloïdes). Il suffit, pour s'en convaincre, de traiter quelques gouttes de tuberculine brute par le chlorure de platine $PtCl^4$, le chlorure de mercure et les autres réactifs des alcaloïdes; on obtient immanquablement les précipités caractéristiques.

C'est en s'engageant dans cette voie — traitement de la tuberculine brute par des réactifs divers — suivie d'abord par Koch, puis abandonnée par lui, qu'on atteindra, suivant Klebs, le but visé, qui est de séparer le principe salutaire de la tuberculine, des substances nuisibles. Les meilleurs résultats ont été obtenus par Klebs, en traitant la tuberculine brute par le chloroforme et le benzol. Il a réussi de la sorte à épurer la lymphe brute au point que le produit de cette épuration ne donnait plus que très faiblement les réactions des alcaloïdes. Avec cette lymphe épurée, il a obtenu chez des animaux la guérison complète de la tuberculose inoculée, y compris la régression des foyers tuberculeux et la disparition des bacilles spécifiques.

Ce dernier point est en contradiction avec ce que Koch avait annoncé. Or, Klebs s'engage à fournir les preuves que la tuberculine renferme un principe qui exerce une influence délétère sur les bacilles de la tuberculose. Il se propose de montrer, d'autre part, que toute nécrose d'un tissu tuberculeux aboutit à une multiplication des bacilles spécifiques, que c'est donc un résultat à éviter. C'est ce que Koch lui-même avait compris, alors qu'il recommandait de n'employer la tuberculine, chez l'homme, qu'à des doses très faibles. Or, chez les animaux, ces doses ne produisent rien, et chez l'homme, Klebs prétend obtenir avec sa tuberculine épurée, des résultats curatifs sans troubles secondaires bien accusés.

Toutefois, le mode d'extraction de cette tuberculine, adopté par Klebs, n'est pas exempt d'inconvénients; il ne conduit pas toujours au résultat voulu, qui est d'éliminer de la tuberculine brute toutes les substances nuisibles qu'elle renferme. Les meilleurs résultats ont été obtenus en traitant la tuberculine brute par l'alcool, en redissolvant dans l'eau le précipité obtenu, et en extrayant ensuite le précipité redissout, à l'aide d'un mélange d'alcool absolu, de chloroforme et de benzol cristallisé. Il faut agiter pendant fort longtemps et savoir qu'il se forme des masses spumeuses très lentes à se déposer; dans ces conditions, on évite difficilement de perdre une portion considérable de principe actif.

Une autre méthode, adoptée en dernier lieu par Klebs, consiste à précipiter les alcaloïdes contenus dans la tuberculine brute. On extrait ensuite, avec l'eau, le principe efficace, salutaire, contenu dans le dépôt, et que Klebs propose d'appeler *tuberculocidine*, ce nom devant signifier que le principe en question a la propriété de tuer les bacilles de la tuberculose. Cette tuberculocidine conserve d'ailleurs toutes ses propriétés. Au contact du sublimé, elle se transforme en une substance

albuminoïde insoluble dans l'eau. D'ailleurs, toutes les substances obtenues de la sorte, par voie de précipitation, sont des combinaisons de l'albumose qui est le principe actif de la tuberculine, avec l'agent employé pour la précipitation. Une partie de ces substances se prêtent aux usages thérapeutiques; celles-là sont inoffensives, ne provoquent jamais la fièvre, et leur emploie procure une amélioration rapide de l'état des tuberculeux : la fièvre hectique se dissipe, ainsi que les sueurs nocturnes, l'appétit et le poids corporel se relèvent, le processus catarrhal dans les poumons s'amende très rapidement, la toux et l'expectoration diminuent. Dans les crachats, les bacilles spécifiques deviennent granuleux, les fragments qui s'imprègnent encore de matière colorante deviennent de plus en plus petits et finissent par disparaître complètement. Chez une huitaine de tuberculeux, traités de la sorte par les injections de tuberculocidine, on n'a pas constaté de troubles secondaires. Il va de soi, ajoute Klebs, qu'un jugement définitif sur la valeur de ces injections ne pourra être émis qu'après une longue durée d'observation.

Klebs ajoute que jusqu'ici il n'a confié qu'à un petit nombre de médecins le soin de contrôler ses expériences avec la tuberculocidine. C'est seulement lorsqu'il disposera de quantités considérables de ce produit, que les expériences pourront être poursuivies sur une échelle plus vaste.

Pour la préparation de la tuberculocidine, Klebs a utilisé exclusivement de la tuberculine brute fournie par Koch.

II. — Voici, d'autre, part un compte rendu sommaire des communications faites par un certain nombre de cliniciens, à la dernière réunion des naturalistes et médecins allemands, et relatives aux résultats obtenus avec la lymphe de Koch dans le traitement de la tuberculose.

Le professeur Aufrecht, de Magdebourg, a expérimenté le traitement de la tuberculose par la tuberculine pendant dix mois. Il distingue quatre catégories de cas, à savoir : 1° ceux où la lésion pulmonaire se réduisait à une simple induration avec ou sans hémoptysies antécédentes; 2° ceux caractérisés par l'existence d'une matité à la fois sous et sus-claviculaire, avec râles ; 3° ceux où il existait des lésions cavitaires ; enfin 4° ceux où la maladie était parvenue à la période d'hecticité.

Les cas de cette dernière catégorie ont été exclus de l'expérience, comme ne pouvant donner des résultats favorables. Le nombre des cas se rapportant aux 3 autres catégories. s'est élevé à 112, dont 48 ont été guéris en apparence, 37 sensiblement améliorés, 22 améliorés dans une moindre mesure ; 4 cas n'ont pas été influencés par le traitement.

En se basant sur les résultats de ses observations nécroscopiques et de celles faites par Virchow, M. Aufrecht estime que les complications pneumoniques, d'un pronostic si fâcheux, qu'on voit survenir dans le cours du traitement par la tuberculine, constituent des lésions analogues à celles qu'on voit se développer au voisinage des foyers tuberculeux, chez des malades qui ne sont pas soumis au traitement par la lymphe de Koch. Mais comme il est arrivé qu'à la suite d'injections de fortes doses de tuberculine, ces complications pneumoniques ont affecté une distribution lobulaire ou même lobaire, avec extension rapide des lésions et fièvre intense, il y a tout lieu d'incriminer en pareils cas la tuberculine. Aussi est-il de toute nécessité de n'injecter d'abord la lymphe de Koch qu'à très faibles doses, de façon à éviter une réaction par trop perturbatrice. M. Aufrecht commençait par injecter *un dixième de milligramme* de lymphe de Koch, dose qu'il portait progressivement à 5 milligrammes, quand les injections étaient bien supportées. En ne dépassant pas cette dernière dose, on est à peu près certain d'éviter les effets secondaires fâcheux. Voire que M. Aufrecht conseille de ne pas dépasser la dose de 1 milligramme, chez les tuberculeux fébricitants.

L'influence salutaire du traitement se traduisait par la disparition de la toux et de l'expectoration, par la diminution du nombre des bacilles contenus dans les crachats, par l'augmentation du poids corporel des malades, qui prenaient meilleure mine, par l'atténuation des troubles intestinaux.

Relativement au point de savoir si le traitement par la tuberculine favorise le développement de la tuberculose miliaire, M. Aufrecht pense qu'il faut être très réservé. Il cite le cas d'un malade, qui devait être soumis au traitement par la lymphe de Koch, puis, pour certaines raisons, on crut devoir renoncer à cette tentative; deux semaines plus tard, une tuberculose miliaire se déclarait spontanément chez le malade. Si on avait donné suite à l'idée première, on n'eût pas manqué de mettre le développement de cette tuberculose miliaire aiguë sur le compte des injections de tuberculine.

En définitive, M. Aufrecht conclut que le traitement systématique de la tuberculose pulmonaire par les très faibles doses de tuberculine, lorsqu'il n'est pas troublé par des complications d'une certaine gravité, doit être continué jusqu'à complète disparition des symptômes de la maladie tuberculeuse. Une fois ce résultat obtenu, on devra, par mesure de prudence, continuer encore pendant quelque temps les injections, à des intervalles de huit jours, et en injectant chaque fois 5 milligrammes. A l'idée de M. Aufrecht, l'efficacité de la tuberculine tient à ce que celle-ci immunise en quelque sorte le pourtour des foyers tuberculeux ; par suite, le médecin a le temps d'intervenir avec les autres ressources de la thérapeutique. La tuberculine ne constitue donc pas un remède curatif dans le sens propre du mot, c'est un puissant adjuvant de la médication anti-tuberculeuse.

—M. Kaatzer a traité en tout 33 tuberculeux par les injections de tuberculine; 6 malades sont morts, 3 n'ont retiré aucun résultat salutaire du traitement, 13 ont été sensiblement améliorés, et 6 peuvent être considérés comme étant provisoirement guéris.

Les 6 qui sont morts, ceux qui ont été traités sans résultat, et une partie de ceux qui ont été simplement améliorés, ont été entrepris à une époque où on se faisait encore les plus grandes illusions sur la valeur du traitement de Koch. Sur les 6 notés comme étant provisoirement guéris, 2 sont en observation depuis dix mois, et les 4 autres depuis trois ou quatre mois. Chez 5 la guérison s'est maintenue parfaite, chez le sixième il y a eu réapparition des bacilles dans les crachats, preuve suffisante que quand on parle de guérison en pareils cas, ce ne peut être qu'une guérison provisoire.

D'ailleurs, M. Kaatzer attribue ces résultats relativement favorables à ce que, dans le choix des malades, il s'est soumis strictement aux prescriptions formulées par Koch. Pour ce qui est des doses employées, il commençait par injecter 1 milligramme de lymphe, il répétait l'injection tous les deux jours. Après la troisième ou la quatrième injection, il augmentait la dose de 1/2 à 1 milligramme. Puis quand l'injection atteignait la valeur de 1 centigramme, les augmentations successives étaient de 5 milligrammes, jusqu'à ce que, finalement, on atteignît la dose de 1 décigramme. En procédant de la sorte M. Kaatzer a pu traiter 14 malades pendant des mois, sans que jamais la réaction fébrile ait dépassé 38°. Par contre, l'état général des malades s'améliorait promptement; chez tous les quatorze il y a eu augmentation du poids corporel, de 6 à 20 livres en l'espace de douze à quinze semaines. Les adjuvants

dont l'emploi a été recommandé par Koch n'ont pas été négligés, notamment l'administration de la créosote à doses progressivement croissantes.

— M. Rumpf de Magdebourg, et M. Lenhartz de Leipzig, ont annoncé des résultats qui concordent sensiblement avec ceux de M. Aufrecht. Par contre, M. Rumpler a adopté dans cette discussion un point de vue absolument pessimiste. Il a été d'avis que les cas où le traitement par la tuberculine a donné de bons résultats se réduisent à un nombre très faible; que, de plus, les indications du traitement sont si difficiles à poser, que l'emploi de celui-ci doit être réservé aux mains de ceux qui sont chargés de faire de l'expérimentation clinique.

— M. Weber, de Halle, a expérimenté le traitement par la tuberculine, dans 180 cas de tuberculose. Il a obtenu des améliorations, mais de guérison, point. Les résultats ont été particuliérement satisfaisants dans un cas de tuberculose de la vessie et des reins, et dans des cas de lupus.

III. — M. Williams annonce les résultats suivants, obtenus pour la plupart à l'hôpital Brompton, de Londres :

Nombre des cas traités, 14, tous des cas de tuberculose au début. Il y a eu amélioration de l'état général dans 6 cas, aggravation dans 7, pas de changement dans 1 cas.

En thèse générale, l'appétit des malades a diminué sous l'influence du traitement; dans 2 cas il est survenu de la diarrhée. Le traitement n'a pas exercé d'influence bien manifeste sur les fonctions cutanées et rénales. Les examens du sang n'ont donné que des résultats négatifs. La toux augmentait d'abord, pour diminuer dans la suite. L'expectoration a toujours augmenté; les bacilles ont augmenté dans les crachats, chez 6 malades, diminué chez 8 antres, leur nombre n'a pas changé chez un treizième.

Un résultat constant des injections a été de faire apparaître des débris de tissu pulmonaire dans les crachats; cette élimination persistait pendant toute la durée du traitement, dans les cas où celui-ci a donné de mauvais résultats.

Dans 5 cas, une caverne pulmonaire s'est formée pendant que les malades étaient en traitement; chez 13 malades sur 11, la lésion tuberculeuse s'est aggravée.

On comprend, d'après cela, que M. Williams se range du côté de ceux qui estiment que les résultats, en apparence salutaires, fournis quelquefois par les injections de tuberculine, ne compensent pas les dangers et les conséquences funestes de cette médication. Cela ressort d'ailleurs nettement de ce fait que les 14 malades dont il a été question se trouvaient, après leur cure par les injections de tuberculine, en bien plus mauvais état que d'autres phtisiques soumis aux traitements communément usités contre la tuberculose pulmonaire. Rien ne prouve d'ailleurs jusqu'ici, conclut M. Williams, la curabilité de cette maladie par le traitement de Koch.

(*A suivre*) E. RICKLIN.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

MALADIES DES ENFANTS.

I. — MARCHE DE LA PNEUMONIE CASÉEUSE CHEZ L'ENFANT, par LÉON CHOPPIN. — Chez Jouve, 1890. Thèse de Paris.

II. — LES TUMEURS ADÉNOÏDES DE LA CAVITÉ NASOPHARYNGIENNE ET LES LARYNGITES STRIDULEUSES, par J. RAGONEAU. — Thèse de Paris, chez H. Jouve, 1890 (1).

III. — RECHERCHES HISTOLOGIQUES SUR LA VOUTE DU CRANE MEMBRANEUX PRIMORDIAL, par J.-M.-J. CHAMPEIL. — Thèse de Paris, 1890, Félix Alcan, éditeur.

IV. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DE L'ASTHME ESSENTIEL CHEZ LES ENFANTS, par PAULE BERT. — Thèse de doctorat, Paris, 1890. Ollier Henry, éditeur (1).

I. — Ce qui ressort des observations qui figurent dans cette thèse faite sous l'inspiration de M. Hutinel, c'est que la pneumonie caséeuse de l'enfant ne ressemble nullement, dans sa marche, à celle qu'elle revêt chez l'adulte. C'est donc une affection à chercher, à soupçonner par le médecin. Et à ce titre, les particularités d'allures qu'elle revêt sont intéressantes à connaitre et à retenir.

Les enfants sont tous issus de souche tuberculeuse, il est vrai, mais ce n'est qu'entre 9 et 12 ans que la maladie éclate chez eux, à l'occasion d'une cause futile. Néanmoins, le début se fait insidieusement, sans brusquerie, et l'erreur la plus commune consiste à croire à un début de fièvre typhoïde, ou à une bronchite légère dont on n'appréciera que plus tard l'importance, quand les cavernes se seront formées.

Il est certain que la marche de cette pneumonie peut donner dans certains cas, complètement le change au médecin non prévenu.

Les symptômes généraux sont peu ou pas accusés, l'enfant se lève et joue toute la journée, la langue est humide, l'appétit conservé, la fièvre est nulle, il y a à peine de la toux et absence de point de côté. Il n'y a ui hémoptysie ni dyspnée.

Qu'on rapproche cette marche bâtarde de celle de la pneumonie caséeuse chez l'adulte, et l'on verra quelle différence le sépare. Néanmoins, la période de ramollissement se prépare et vient en son temps; c'est alors que les signes de généralisation viennent assombrir le tableau et qu'on voit les enfants succomber à la méningite ou à d'autres localisations tuberculeuses dans les viscères.

Cependant, quelque rapidité que mettent les lésions à se former, on peut observer à la période des cavernes, un arrêt dans la maladie; celle-ci peut même guérir, ou tout au moins peut-on obtenir, au moyen du traitement et des soins hygiéniques appropriés, un état stationnaire d'une durée plus ou moins longue.

II. — On sait que le D[r] Coupard a, le premier, montré les relations qui unissent les tumeurs adénoïdes nasopharyngiennes avec les laryngites striduleuses. L'auteur rapporte de nouvelles observations où ce rapport est établi.

Chez l'enfant les tumeurs adénoïdes du pharynx se traduisent par des accès de pseudo-asthme, de toux quinteuse persistante, ou revenant par accès, souvent la nuit, ou encore par une céphalagie intense avec inaptitude au travail. Ou bien l'enfant pâlit et maigrit, il s'essouffle facilement; sa salive est souvent teintée en rose. A cela s'ajoutent des symptômes fonctionnels dus au rétrécissement du pharynx nasal et l'enfant peut arriver au spasme laryngé de deux façons différentes. Ou bien parce qu'il respire uniquement par la bouche et que l'air inspiré dessèche les lèvres de la glotte — cause à laquelle Niemeyer a attribué les accès de faux croup qu'on observe aux premières heures de la nuit — ou bien l'enfant ne sait pas respirer par la bouche et l'insuffisance de son aération pulmonaire aboutit au spasme respiratoire.

C'est là l'accès de laryngite striduleuse qui peut lui-même être provoqué par une laryngite aiguë.

(1) Voir un article de Calmettes dans la *Gazette Médicale*, 1883, n° 26.

(1) Voir une leçon de M. le professeur Grancher, *Gazette médicale de Paris* 1889, p. 181.

M. Conpard signale un fait qu'il a observé fréquemment et qui est capable de montrer l'importance de la perméabilité parfaite du canal naso-pharygien, sur la facilité et la régularité de la respiration. Le grattage prolongé du larynx, parfois mêmes les simples cautérisations sout souvent suivis de spasme de la glotte; il suffit pour faire disparaître celui-ci, de fermer avec énergie la bouche du malade eu l'incitant à respirer par le nez; les premiers efforts sout suivis de disparition du spasme, à partir de ce momeut, le malade peut respirer même par la bouche sans incouvénient.

Chez 56 malades atteiuts de tumeurs adénoïdes naso-pharyngiennes les renseignements les plus minutieux, relativement aux accidents dyspuéiques, ayant été pris,

On relevait :

La laryngite striduleuse (diagnostic porté par différeuts médecins.......... Chez 45.

La coqueluche.......... Chez 5.

En résumé, l'auteur conclut :

Que chez un grand nombre d'individus, surtout d'eufauts, une simple laryngite catarrhale prend le caractère spasmodique, par suite de l'existence antérieure de végétations adénoïdes dans le pharynx nasal; ou d'une rhinite hypertrophique quelle qu'en soit la cause.

Que beaucoup de cas, rangés sans plus de détails sous le nom de laryngites striduleuses, se rapportent à des accès nocturnes de suffocations, symptomatiques de la présence des végétations adénoïdes dans le pharyux uasal.

Que l'impaludisme peut, dans quelques cas, agir directement sur la muqueuse naso-pharyngienne, en y déterminant une rhinite hyperthrophique, et produire de la sorte, par voie réflexe, des accès de stridulisme.

III. — Les recherches de l'anteur faite au laboratoire d'anatomie générale de la Faculté de médecine de Lyon l'ont amené aux conclusions suivantes :

Les os de revêtement de la voûte du crâne naissent, nou pas d'une différenciation du derme cutané, mais d'une différenciation du mésoderme précédant de beaucoup le dégagement du derme à l'état distinct.

Cette différeuciation donne lieu à la *formation lamelleuse* du crâne. Celle-ci est constituée déjà dès le début, chez l'embryon de 16 millimètres, à l'état de tissu conjonctif modelé embryonnaire uettement lamelleux.

Quand elle a acquis par le développement une résistance suffisante pour s'opposer à la propagation des effets de pression dus à l'expansion encéphalique à toute l'épaisseur du mésoderme, ce dernier se développe librement entre elle et l'ectoderme en une formation de tissu muqueux, au seiu de laquelle le derme de la voûte du crâne se développera daus un stade très ultérieur.

La formation lamelleuse est constituée par des lamelles disposées en système de tentes. Les plans de cellules fixes inter-lamellaires sout des plans endothéliaux vrais.

La formation lamelleuse constitue le modèle préformé des os plats de la voûte du crâne. Ce modèle développé par une adaptation particulière du tissu connectif qui a pris le type du tissu engainant, est particulier aux os de revêtement de la voûte; on ne le retrouve pas dans les os fibreux nou précédés de cartilage; il constitue, exactement comme une pièce de cartilage, le modèle où l'os plat prend sa forme.

La bande de préossification médiane de la formation lamelleuse est constituée par une série de lamelles dont la trame connective se transforme en un treillis de minuscules fibres de Sharpey, et dont les cellules fixes endothéliales donnent naissance aux corpuscules osseux fœtaux.

Les os de revêtement du crâne, au niveau de leur jonction avec les pièces cartilagineuses du système de la base, se poursuivent extérieurement à la surface du cartilage au repos et le preunent pour point d'appui.

IV. — Les conclusions de ce travail sont que l'asthme existe chez les enfants, mais moins fréquemment que chez l'adulte, ainsi qu'il résulte des statistiques des différents auteurs et en particulier de celle de G. Sée qui, sur 320 asthmatiques, compte 42 enfants dout 2 de 2 à 3 ans,
5 de 4 ans,
5 de 4 à 8 ans,
30 de 8 à 15 ans.

Parrot sontenait aussi que l'asthme peut se montrer chez les enfants quelques jours après la naissance. En tout cas l'*hérédité* y joue une rôle important.

Les symptômes en sont les mêmes que chez l'adulte; cepeudant Trousseau avait déjà attiré l'attention sur ce fait, que chez les enfauts l'asthme revêt surtout la forme brouchique. Et cette constatation a pu être faite très souvent depuis.

Ce qui différeucie l'asthme infantile de celui des adultes, c'est :

Le moment d'apparition des accès, qui peut débuter plus souvent dans la journée et se continuer ensuite peudant la nuit aussi bien que pendant le jour.

Le type de la dyspnée caractérisée par la fréquence des mouvements respiratoires (de 50 à 60 par minute). Ce fait est d'autant plus important à noter que des eufants, atteints d'asthme en accès, ont été pris pour des bronchopueumoniques et traités en conséquence.

Il suffit de signaler la laryngite striduleuse et le spasme de la glotte, pour ne pas avoir à insister sur un diagnostic différeutiel qui s'impose.

Quant à l'asthme symptomatique, c'est affaire de recherche clinique, qui permettra d'éliminer les lésions nasopharyngiennes ou trachéo-brouchiques capables de l'engendrer.

Le pronostic est, bieu entendu, bénin : la guérisou est de régle, sans laisser d'emphysème pulmonaire, ni de lésiou du cœur droit.

Le traitement est le même que chez l'adulte.

H. BARBIER.

De la grippe et de son traitement par le sulfate de quinine (2e *partie*), par le Dr Gellie (de Bordeaux).

Les mémoires de M. le Dr Gellie sur le traitement de la grippe par le sulfate de quinine soulèveut une question du plus haut intérêt. Existe-t-il uu médicament véritablement spécifique de la grippe? Oui, répond M. Gellie, et ce médicament est le sulfate de quinine qui, nou seulement abrège la durée de la maladie, mais prévient eucore la manifestation des phénomènes infectieux. Le premier mémoire de M. Gellie ue nous avait pas convaincu (*Gazette médic.*, 31 janv. 1891). Au cours de l'épidémie grippale de 1889, les cas abortifs avaient été extrêmement nombreux et cela sans le secours d'aucune médication. Dans la localité où nous habitons, un millier de malades, le quart environ de la population, avaient payé leur tribut à la maladie régnante. Pas un décès n'était surveuu et les guérisons étaient rapides. Dans les grandes villes, au contraire, la mortalité était fortement augmentée. Grâce à l'emploi de sulfate de quinine, à doses massives et répétées, M. Gellie qui

pratique à Bordeaux, a guéri en peu de jours tous ses malades. Les praticiens les plus distingués de Bordeaux, médecins des hôpitaux et professeurs de la Faculté, ont obtenu des résultats aussi heureux. Devant les affirmations d'hommes aussi compétents sur l'action spécifique du sulfate de quinine dans la grippe, nous devons reconnaître que les faits que nous avions observés constituent une exception. Ailleurs, le sulfate de quinine prescrit suivant la méthode du Dr Gellie a rendu les plus signalés services : la maladie a été enrayée dès son début et les accidents tardifs ont été évités. Nous ne pouvons que nous incliner devant ces faits acquis, appuyés par le témoignage d'hommes de haute valeur.

FIESSINGER.

ÉTUDE SUR L'ÉPIDIDYMITE SYPHILIQUE SECONDAIRE, par J. CUILLERET. (Paris, O. Doin, 1891.)

L'épididymite syphilitique, sans lésion du testicule, est une manifestation de la période secondaire de la vérole, et elle se montre souvent dès les premiers temps de cette période. Les lésions atteignent presque exclusivement le tissu interstitiel périvasculaire de l'épididyme. Cet accident passe souvent inaperçu du malade, à cause de l'absence de douleurs et ne peut être découvert que par l'examen méthodique des organes génitaux de tout syphilitique. Son pronostic est bénin ; cette épididymite est spontanément régressive, elle est limitée au tissu périépididymaire, n'entraîne jamais la destruction de l'organe, et n'entrave pas les fonctions génésiques. Mais elle indique une syphilis intense, pouvant entraîner des accidents ultérieurs graves et devant être traitée sérieusement.

L'épididymite secondaire syphilitique se présente sous la forme d'un noyau dur, petit, uniforme, avec indurations en cercles concentriques, indolent, tant à la pression, du moins dans la majorité des cas, que spontanément, et localisé à la tête de l'épididyme. La constatation de ces noyaux, sur un seul ou sur les deux épididymes d'un sujet, alors même qu'il ne présente pas de manifestations syphilitiques, doit faire soupçonner chez lui l'existence de la vérole.

Le traitement local est peu important ; il est nul dans la forme chronique, et il se borne à un suspensoir dans la forme subaiguë. Le traitement général consiste dans l'administration du mercure à doses actives ; si la lésion ne rétrocède pas, on adjoindra l'iodure de potassium au mercure. Si les symptômes concomitants dénotent une syphilis grave, il est urgent de recourir aux frictions mercurielles associées à l'administration de l'iodure, aux doses de 4 à 6 gr. par jour.

DE LA MALADIE DE BASEDOW DÉVELOPPÉE SUR UN GOITRE ANCIEN, par G. LASVENÈS. (T. de Paris, 1891.)

L'auteur fait un exposé des connaissances actuelles sur la symptomatologie, la pathogénie et l'étiologie de la maladie de Basedow. Il fait ressortir le rôle de l'hérédité dans le développement de cette maladie et dans celui du goitre sporadique. Le goitre sporadique peut, tant par action réflexe que par compression, donner lieu aux manifestations cliniques que l'on observe dans la maladie de Basedow, et même les petits goitres peuvent présenter ces complications et contribuer pour une bonne part au développement de la maladie de Basedow. L'auteur cite trois observations de malades chez lesquels la maladie de Basedow a été déterminée et causée par un goitre ancien.

F. DELÉAGE.

BULLETIN

L'ÉRADICATION DU CHANCRE

Dans ces derniers temps, la presse médicale a mentionné à plusieurs reprises des essais de traitement abortif de la syphilis et a enregistré impartialement les résultats annoncés. La question à laquelle ces tentatives se rattachent est sérieuse; même grave, et l'on comprend dès lors, sans qu'il soit nécessaire d'y insister, l'intérêt qu'elles ont dû inspirer. En effet, il suffit de se reporter à l'histoire de l'infection syphilitique et d'envisager les conséquences de cette infection vis-à-vis de l'organisme, pour comprendre la portée d'une méthode qui cherche précisément à la prévenir et, pour ainsi dire, à couper le mal dans sa racine, et cela au moyen d'un procédé fort simple, l'ablation totale et prématurée de la lésion primitive. Car tel est, au fond, le point de départ et l'idée inspiratrice de ce que l'on a appelé *l'éradication du chancre*, expression qui résume bien, dans sa forme concise, le but que poursuivent les partisans de cette opération. Un des plus convaincus parmi ces derniers, M. le Dr Jullien, a déjà rapporté un certain nombre de faits plus ou moins probants, plus ou moins discutables, mais desquels on peut conclure que la foi de l'auteur dans la valeur de sa méthode est restée vivace, en dépit des objections qu'il devait s'attendre à rencontrer. Mais il s'en faut que cette confiance dans la méthode abortive soit partagée par la majorité des syphiliographes. En particulier, les syphiliographes parisiens ont trouvé dans ce débat une nouvelle occasion d'affirmer leur réputation traditionnelle de prudence et de sage éclectisme vis-à-vis des innovations thérapeutiques et, dans le cas spécial, on est assez disposé à leur donner raison.

C'est que les faits à l'aide desquels on voudrait édifier la théorie de l'abortion sont loin d'être démonstratifs. M. Jullien lui-même a dû reconnaître les défauts de sa statistique et par cet aveu il adhère par avance à toutes les objections que soulèvent les conclusions tirées de celles-ci. Or, ces objections sont nombreuses, et on n'entrevoit guère la possibilité de les réfuter. En fait, l'argument principal des partisans du traitement abortif est tiré de la non apparition ultérieure des accidents secondaires chez certains individus qui avaient subi l'incision précoce de la lésion primitive. C'est là une preuve bien faible, si toutefois c'est une preuve, car nul n'ignore que les manifestations qualifiées de secondaires sont loin d'être constantes, et que leur apparition est irrégulière, éventuelle, parfois subordonnée à des circonstances individuelles qui enlèvent à cette phase de l'infection quelque chose de son caractère fatalement cyclique. C'est ainsi que le développement de la roséole sera manifestement activé chez certains sujets à la suite d'un bain ; c'est ainsi que les plaques muqueuses buccales se montreront de préférence chez ceux qui font usage du tabac ou de toute autre substance irritante. D'un autre côté, il y a des cas où toute manifestation semble absente, tout au moins douteuse, même devant l'investigation la plus attentive et la plus exercée, de telle sorte que, chez cette catégorie de syphilitiques, on chercherait vainement la trace de ce que l'on a appelé la signature de l'infection. Or, que l'on suppose l'ablation du chancre pratiquée dans un de ces cas, et on ne manquerait pas d'en tirer un argument à l'actif de la méthode. Il y a donc là une difficulté d'interprétation particulière et une cause d'équivoque presque insoluble.

On peut appliquer la même critique à l'argument tiré de l'absence des adénopathies caractéristiques de l'infection secondaire, dans certains cas traités par l'excision, car ces

adénopathies sont loin de présenter un développement égal chez tous les syphilitiques et parfois même elles semblent faire à peu près complètement défaut. Nous observons en ce moment dans une des salles de la Pitié, un fait très probant à ce dernier point de vue. Il s'agit d'un homme de 48 ans, porteur d'un volumineux chancre induré de la lèvre inférieure, chez lequel un examen réitéré n'a révélé autre chose qu'un très petit ganglion indolent à l'angle de la mâchoire, les autres régions ganglionnaires ayant été reconnues indemnes. En fait d'accidents secondaires, nous n'avons constaté chez cet homme qu'une roséole vague, mal dessinée, douteuse. Supposez que les choses restent en l'état jusqu'à la disparition du symptôme primitif, et voilà un cas où l'excision de ce dernier eût pu à la rigueur être considérée comme un exemple d'abortion. On pourrait citer ainsi des centaines de cas dont l'interprétation exacte diminue singulièrement la valeur des conclusions d'ailleurs timides que les partisans de l'éradication prétendent pouvoir tirer du petit nombre de faits dont ils ont été les témoins.

Du reste, la statistique est là pour montrer le peu de fonds qu'il convient de faire sur la méthode, et l'inanité des espérances que l'on serait tenté d'édifier sur elle. Dans une des dernières séances de la Société de Dermatologie, M. Jullien a rapporté deux faits douteux, auxquels M. Humbert a pu opposer un chiffre de 12 incisions pratiquées sur des chancres nettement syphilitiques. Sur les 12 opérés, 11 présentèrent des accidents syphilitiques indéniables. Un seul est resté indemne, et chez celui-là, l'immunité consécutive à une opération qui date déjà de deux ans et demi ne s'est point encore démentie jusqu'à ce jour. Malgré ce fait positif et même encourageant, M. Humbert, en chirurgien circonspect, s'est bien gardé de conclure affirmativement. Il a, au contraire, formulé des réserves, et cela au nom des objections que nous avons exposées plus haut et dont, après tant d'autres, il reconnaît toute la portée. La preuve de l'excision lui paraît, aussi bien qu'à nous, une preuve impossible à fournir en l'absence d'un critérium que l'on chercherait vainement dans l'évolution ultérieure de la maladie. L'honorable chirurgien du Midi n'admet guère plus volontiers la possibilité de l'atténuation de la syphilis par l'ablation précoce du chancre, car là encore on ne peut tirer un argument valable d'un retard de quelques jours dans l'apparition de ce phénomène accessoire et éventuel que l'on nomme *roséole*. D'ailleurs il ne repousse pas l'excision en principe, et il lui reconnaît même un avantage indéniable, celui d'abréger de quelques jours le temps nécessaire à la guérison de l'accident primitif. Mais encore faut-il que l'opération soit indiquée, car il est des cas où la situation du chancre est telle que l'intervention du histouri aurait pour résultat de créer une perte de substance beaucoup plus grande que celle qui résulterait de la lésion abandonnée à sa marche naturelle.

On voit, par ce rapide exposé, que la question de la valeur du traitement abortif vis-à-vis de l'infection syphilitique n'est pas encore résolue et l'on peut même prédire que, si elle doit l'être prochainement, ce sera dans un sens purement négatif. Devra-t-on pour cela condamner sans appel une méthode qui, à défaut d'arguments plus valables, peut se réclamer du motif louable qui inspire ses auteurs, savoir, le désir de sortir de l'ornière et de chercher la guérison de la syphilis dans une voie plus sûre et plus brillante que celle dont les errements ont fait loi jusqu'à ce jour. Sans aller jusqu'à formuler une opinion aussi absolue, on est pourtant fondé à croire que la continuation de pareils essais ne serait peut-être pas exempte de danger, en ce sens, que l'intervention chirurgicale pourrait créer des illusions et entretenir une fausse sécurité dans l'esprit des opérateurs et des opérés. La portée de cette dernière remarque sera comprise par tous ceux qui apprécient comme il convient la gravité pronostique de la syphilis, le trouble qu'elle jette dans les familles, les conséquences héréditaires qu'elle entraîne. Envisagée à ce point de vue élevé et un peu philosophique, la question acquiert donc une importance supérieure, et c'est pourquoi on est autorisé ici à se montrer particulièrement sévère vis-à-vis de toute innovation thérapeutique qui, n'ayant de l'efficacité que l'apparence, contribuerait à entretenir des espérances presque toujours démenties par la réalité.

P. M.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité consultatif d'hygiène publique de France.

M. Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, donne connaissance de la situation sanitaire intérieure.

La fièvre typhoïde s'est manifestée dans la Creuse, à Sagnat, Dun et Lefat, dont les conditions hygiéniques sont déplorables. Elle règne également à Toulon, dans le quartier de Lafourguette; à Blieux (Basses-Alpes), à Chantilly (Seine-et-Oise).

M. Proust, inspecteur général des services sanitaires, donne des renseignements sur la situation sanitaire extérieure.

Dans le vilayet d'Alep, le choléra est en décroissance; il continue à régner à Damas, où l'on peut admettre que le nombre des décès s'est élevé à 1.200.

La maladie s'étend dans le sud de la mer Rouge à Confondah et à Nodeïdal. L'importation en est due aux pèlerins du Hedjaz.

M. Chauveau, inspecteur général des écoles vétérinaires, lit ensuite un rapport sur les dangers que le charbon fait courir aux ouvriers appelés à manipuler les dépouilles des animaux. Il préconise la destruction, ou à son défaut l'enfouissement des cadavres d'animaux atteints du charbon comme étant les seuls moyens pratiques et efficaces de préserver les ouvriers de cette maladie.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

— Les Drs Springer et Daniel Critzmann sont nommés, le premier, chef du laboratoire de physiologie pathologique dans le service de clinique médicale de M. le professeur Potain, à l'hôpital de la Charité; le second, préparateur d'anatomie pathologique de l'École pratique de la Faculté de médecine.

Facultés et Écoles des départements.

École de médecine de Clermont-Ferrand. — Par arrêté ministériel, en date du 31 octobre 1891, un concours s'ouvrira, le 16 mai 1892, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Clermont.

Faculté de médecine de Bordeaux. — Par arrêté en date du 31 octobre 1891, un concours s'ouvrira le 16 mai 1892 devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Corps de santé militaire.

Par décision du 30 octobre 1891, les médecins militaires dont les noms suivent ont été nommés à l'emploi de professeur agrégé à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, et affectés aux chaires d'enseignement ci-après indiquées, savoir : M. Catrin, médecin-major de 1re classe, répétiteur à l'École du service de santé militaire. (*Législation, administration, service de santé militaire et médecine légale militaire*) ; MM. Mignon et Cabier, médecins-majors de 2e classe, répétiteurs à l'École du service de santé militaire. (*Anatomie chirurgicale, opérations et appareils.*)

Hôpitaux de Paris.

Hopital des Enfants malades. — Le Dr Jules Simon recommencera ses cliniques de thérapeutique infantile, le mercredi, 18 novembre, à 9 heures et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Consultation clinique le samedi.

Maladies des enfants. — Le Dr Legroux, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Trousseau, reprendra, dans cet hôpital, ses conférences de clinique au lit du malade le mercredi, 18 novembre, à 3 heures 1/2 et les continuera tous les mercredis à la même heure pendant l'année scolaire 1891-92.

Visites le matin. 9 heures, salles Bouvier et Archambault.

Consultations les mardis et vendredis à 10 heures.

Hôpital de Berck-sur-Mer. — Le concours pour une place de chirurgien s'est terminé par la nomination de M. le Dr Ménard.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille

Les morphinomanes. — comment on devient morphinomane, les prédestinés, éphémère volupté et supplices durables, désordres physiques et troubles de l'intelligence, médecine légale, traitement, — par le Dr H. Guimbail, ancien interne des asiles d'aliénés. — Un vol. in-16 de 312 p., de la *Bibliothèque scientifique contemporaine*. Prix : 3 fr. 50.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 25 AU 31 OCTOBRE 1891

Fièvre typhoïde, 7. — Variole, 0. — Rougeole, 2. — Scarlatine, 1. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, croup, 20. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 182. — Autres tuberculoses, 23. — Tumeurs cancéreuses et autres, 46. — Méningite, 25. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 46. — Paralysie, 9. — Ramollissement cérébral, 3. — Maladies organiques du cœur, 57. — Bronchite aiguë et chronique, 48. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 58. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 72. — Fièvre et péritonite puerpérales, 1. — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 23. — Sénilité, 18. — Suicides et autres morts violentes, 20. — Autres causes de mort, 179. — Causes inconnues, 6. — Total 851.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame — *Téléphone.*

62e Année. 7e Série. Tome VIII — N° 47 — 21 novembre 1891

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE REDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE
Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).
Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

REIN GAZEUX.

ANALYSE DES GAZ. — EXAMEN HISTOLOGIQUE (1).

Par M. le professeur Le Dentu

Le 10 mai de cette année, j'ai eu l'honneur de mettre sous vos yeux un rein que j'avais enlevé le matin même et qui présentait une particularité absolument exceptionnelle : sa cavité était remplie de gaz qui, sous l'influence de pressions alternatives des doigts de chaque main, donnaient lieu à un gargouillement caractéristique.

Il importait de déterminer par l'analyse chimique la nature de ces gaz; mais, m'appuyant sur le seul fait du même genre publié jusqu'alors, je vous avais laissé pressentir que l'on retrouverait dans le rein dilaté les mêmes gaz que dans le cas de M. Lannelongue, à savoir de l'oxygène, de l'azote et de l'acide carbonique. Mes prévisions ont été confirmées par l'analyse que M. Chabrié, chef des travaux chimiques du service de M. Guyon, a bien voulu faire et dont voici les résultats :

Le volume des gaz recueillis, ramenés à la température de 0° et sous la pression de 760 mm. est de 8 cc.16. Il est composé d'azote, d'oxygène et d'acide carbonique dans les proportions suivantes :

Azote et oxygène (environ dans les proportions que donne l'analyse de l'air atmosphérique)	92,16
Acide carbonique	7,84
	100,00

Je crois devoir rappeler qu'il est absolument impossible que ces gaz se soient introduits dans le rein pendant l'opération. L'organe a été extrait de sa loge tout à fait intact. Aucune fissure n'existait à sa surface. L'échappement d'une minime quantité de gaz par le bout supérieur de l'uretère, avait amené une légère diminution de sa fermeté, et c'est justement cette circonstance qui avait attiré mon attention et m'avait fait reconnaître le clapotement que je veus ai fait entendre sur la pièce encore fraîche. Il ne saurait donc y avoir, à mes yeux, aucun doute relativement à la production de ces gaz dans le rein lui-même.

D'ailleurs, comment expliquer la présence de l'acide carbonique dans des proportions très supérieures à celles que l'on rencontre même dans l'air expiré?

Ces gaz ne pouvaient provenir que du passage à travers les capillaires de ceux que contient le sang ou d'une décomposition spéciale des tissus. Si cette seconde hypothèse répond à la réalité, il est à noter qu'il ne peut pas être question ici de

(1) Communication à l'Académie de médecine, séance du 3 nov. 1891.

FEUILLETON

UNE MISSION EN ESPAGNE EN 1891

(*Suite*) (1)

Organisation de la bienfaisance publique.

I

Sans remonter au xviie siècle, où l'on retrouve des ordonnances de 1778, réglementant la charité publique, on peut dire que les décrets de Charles III d'Espagne, en 1803 et en 1816, ont donné à la bienfaisance, dans ce pays, un essor considérable. Ce roi, qui était plein de sollicitude « pour la partie la plus abandonnée, mais la plus productive de la population de son royaume », avait réorganisé, à cette dernière date, l'assistance à domicile et dans les hôpitaux, et, dans cette réglementation, on excluait des secours tous ceux qui mendiaient ou qui n'envoyaient pas leurs enfants aux écoles, car la propagation de l'instruction publique a préoccupé fortement les Espagnols au commencement de ce siècle.

Les Cortès de 1820 et 1821 eurent la pensée de séculariser les biens des établissements de bienfaisance, de transformer les fondations en rentes payées par l'Etat et de subventionner, avec les ressources du trésor public, les établissements les plus nécessiteux.

L'article 20 disait : « Le produit intégral de la vente des biens de la bienfaisance et de l'instruction publique, seront destinés à acheter des titres de rentes qui formeront le revenu des établissements charitables. »

Le décret du 23 février 1822, spécifiait aussi qu'on attribuerait à la bienfaisance générale la partie de l'impôt jusqu'alors consacrée aux chemins, les sommes payées par les fidèles pour être exemptés du maigre en carême, un droit sur les legs.

Toutes ces prescriptions furent plus ou moins obéies, et la main mise de l'Etat sur les fondations particulières n'allait pas sans quelques difficultés. En 1848, la reine Isabelle rendit un décret par lequel les gouverneurs des provinces étaient invités à faire une statistique exacte de tous les établissements de charité; il y en avait

(1) Voir le numéro 46.

décomposition putride, car le mélange ne contenait ni hydrogène ni acide sulfhydrique. S'il s'agit d'une sorte d'exosmose des gaz du sang, il faut reconnaître que les proportions de ces derniers sont très différentes de celles qu'a révélées l'analyse ci-dessus.

On en jugera par le résumé suivant des recherches de Setschenow dont on peut tirer une instructive comparaison :

100 cc. de sang arteriel	*100 cc. de sang veineux*
de 26 cc. 02 à 31 cc. 65.	de 27 cc. 83 à 34 cc. 26 d'acide carb. libre
traces à 2 cc. 92.	de 1 cc. 57 à 3 cc. 81 d'acide carb. lié
de 11 cc. 76 à 17 cc. 70.	de 9 cc. 20 à 12 cc. 61 d'oxygène
de 1 cc. 25 à 1 cc. 80.	de 1 cc. 20 à 1 cc. 25 d'azote.

Comme on le voit, l'écart porte principalement sur les quantités respectives d'azote dans le sang et dans le rein. Il y a de plus, du côté du sang, une prédominance très frappante de l'acide carbonique. Tandis que c'est ce gaz et l'oxygène qui y occupent les deux premières places au point de vue de la quantité, et que l'azote vient bien loin derrière, la proportion d'azote était de beaucoup la plus forte dans le rein malade que j'ai extirpé; l'oxygène venait en seconde ligne et l'acide carbonique n'est plus représenté que par une faible fraction.

Néanmoins, en dépit de ce renversement remarquable des proportions dans les deux cas, j'incline à penser que les gaz contenus dans ce foyer de pyélo-néphrite calculeuse provenaient du sang. Par quel mécanisme, sous l'influence de quelle cause intime et mystérieuse? Je n'essaierai pas de le préciser, de peur de m'aventurer dans une explication par trop théorique. La question de physiologie pathologique que soulèvent le cas de M. Lannelongue et le mien n'est pas de celle que l'on puisse trancher sans s'appuyer sur des déductions expérimentales ou cliniques suffisamment nombreuses. Je m'en tiendrai donc à l'exposé pur et simple de ce fait, sans en tirer de conclusion définitive. J'ajoute à ce qui précède l'examen anatomique et histologique détaillé, qui m'a été fourni par M. le Dr Albarran, mon ancien interne.

Aspect macroscopique. — Le rein, augmenté de volume, a une longueur de 10 1/2 cent.; sa largeur est de 7 1/2 cent. et son épaisseur de 6 1/2 cent. Son poids est de 150 grammes. La surface extérieure est irrégulière, bosselée : les bosselures, arrondies, donnent à la palpation, d'une manière très nette, la sensation d'un clapotement dû à la présence simultanée de gaz et d'un liquide dans l'organe dilaté.

A la coupe, on ne voit que le bassinet distendu qui se continue avec des calices élargis, tortueux, irréguliers, qui aboutissent aux cavités fluctuantes du rein. Le tissu rénal lui-même apparaît creusé de vacuoles multiples qui communiquent très largement entre elles et avec les calices dont elles représentent l'extrémité terminale dilatée. Quelques cavités ont leur surface interne lisse; mais, dans un certain nombre d'entre elles, surtout vers l'extrémité supérieure du rein, on voit des saillies irrégulières, nombreuses, qui leur donnent un aspect verruqueux.

Entre les loges creusées dans le parenchyme du rein par les calices dilatés subsiste encore, surtout vers le milieu de l'organe, un peu de tissu intact. Le bassinet et ses premières divisions sont enveloppés d'une couche de graisse assez épaisse.

Dans l'intérieur du rein se trouvaient un liquide purulent et 8 cc. 16 de gaz (voir l'analyse ci-dessus). Dans un des calices dilatés était enchâssé un *calcul* de forme irrégulière, à surface mamelonnée, de couleur brun foncé, dont le poids est de 6 grammes.

Examen histologique. — 1° Portions représentant les cloisons entre les cavités au niveau desquelles le tissu rénal est relativement conservé.

Néphrite diffuse très intense à prédominance interstitielle. Les tubes urinifères sont séparés par un *tissu conjonctif* embryonnaire dans certains endroits, adulte, sclérosé, presque partout. Les *tubes* eux-mêmes sont élargis irrégulièrement, leur épithélium est en dégénérescence granuleuse. Pour la plupart les *glomérules* ont des capsules épaissies et sont atteints de lésions marquées de sclérose intraglomérulaire.

Au niveau des poches la paroi limite ne présente dans certains endroits que 2 millimètres d'épaisseur : elle est constituée par des faisceaux parallèles de tissu fibreux entre lesquels on distingue vaguement de petits pelotons fibreux, dernier vestige de glomérules sclérosées; par places se montrent des débris de tubes urinifères presque méconnaissables.

Lorsque la coupe porte sur des points plus épais de la paroi, on voit un grand nombre de canalicules à paroi épaissie dont l'épithélium a subi la dégénérescence colloïde.

L'examen de la surface verruqueuse de certaines cavités montre qu'il s'agit d'une accumulation de tissu embryonnaire contenant un grand nombre de petits vaisseaux à paroi épaisse.

En résumé ce rein présente à un haut degré les lésions pro-

---

dont on ignorait l'existence; il en était d'autres qui, jouissant de leur autonomie, dépensaient jusqu'à 17.500 francs de remèdes pour un hôpital qui n'avait recueilli que 6 malades dans l'année! Le décret de 1849 vint réorganiser les services de la bienfaisance et la loi du 1er mai 1849 mit fin à ces scandales, en laïcisant, pour ainsi dire, toutes les fondations et en ordonnant une surveillance étroite de l'État sur tous les établissements.

Cependant, si les lois de 1849 et de 1855 ont apporté des modifications à la loi de 1882, on peut dire, suivant l'expression de M. Hauser (1), que ce dernier acte législatif a donné l'essence de la doctrine de la charité publique en Espagne.

Ce règlement désigne les établissements dits établissements d'État, et aussi les maisons hospitalières qui seront administrées par la province et dont l'organisation est obligatoire pour elle. Ce sont les maternités, les asiles de bienfaisance et les hôpitaux provinciaux.

Cette division subsiste encore, et chaque province possède les établissements que la loi lui impose; mais, comme la richesse des provinces n'est pas la même, ces établissements plus ou moins bien dotés par la province ou par la charité publique, n'ont pas une prospérité uniforme. A côté d'asile, ou d'hôpitaux dans lesquels le service est régulier, l'outillage complet et à la hauteur du progrès, le paiement des fonctionnaires normal, on trouve d'autres œuvres vivant au pour le jour et vivant mal, n'ayant pas le nombre de salles nécessaires et payant mal leurs serviteurs, comme je l'ai déjà fait remarquer.

II

Sauf à revenir plus tard sur certains détails, je dirai quelques mots de chaque catégorie d'établissements obligatoires déterminés surtout par la loi du 27 janvier 1885. Les établissements de l'État sont certaines institutions d'aliénés, incurables, vieillards et orphelins, dont nous avons occasion de parler.

La Maternité (*Casa de Maternidad*) reçoit vers le 5e ou 6e mois de leur grossesse ou plus tard, les femmes mariées ou non, reçoit également celles qui viennent d'accoucher et se charge de la nourriture des enfants, soit dans l'établissement même, soit au dehors. C'est de là que les garçons sortiront à l'âge de 6 ans pour entrer dans un asile dit de Miséricorde ou de Bienfaisance.

(1) Hauser. *Estudios medico-sociales de Sevilla.* Madrid, 1884, 2 vol. in 8.

duites par l'oblitération septique complète ou incomplète de l'uretère.

Je ne dirai qu'un mot de l'histoire clinique de cette malade. Le diagnostic *lithiase rénale* porté avant l'opération s'est trouvé confirmé. Les suites de l'intervention ont été heureuses. La malade, guérie depuis longtemps, a recouvré une santé parfaite. Ses souffrances ont entièrement cessé et le rein gauche supplée d'une façon très satisfaisante à l'absence du rein droit.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

DEUX CAS D'INFECTION GÉNÉRALE APYRÉTIQUE PAR LE BACILLUS COLI COMMUNIS DANS LE COURS D'UNE ENTÉRITE DYSENTÉRIFORME (1).

Par MM. Lion et Marfan.

Etant donné l'intérêt qui s'attache, à l'heure actuelle, à l'étude du *bacillus coli communis*, nous croyons utile de rapporter ici deux observations qui peuvent contribuer à établir l'histoire clinique de l'infection générale causée chez l'homme par ce micro-organisme.

I. — Le premier de nos malades est un homme de 71 ans, qui était depuis quelque temps au Dépôt de Nanterre. Il entra à l'hôpital Necker le 30 avril 1891, dans un état très grave. Il n'était malade, disait-il, que depuis un mois environ; il avait commencé par avoir de la diarrhée, puis son ventre s'était gonflé; il était devenu jaune; ses forces s'étaient affaiblies peu à peu. Quand nous l'examinons, nous le trouvons dans un état cachectique avancé; il présente un peu d'ictère; il a une ascite assez abondante; le foie a pourtant son volume normal; aucun réseau veineux n'est visible sur l'abdomen. La première idée qui nous vint à l'esprit fut que cet homme était atteint d'un cancer abdominal. Cependant, M. le professeur Peter l'écarta, en raison de la conservation de l'appétit. De plus, l'examen des évacuations alvines démontra qu'il existait une dysenterie, ou tout au moins une affection dysentériforme; le malade avait des évacuations très fréquentes avec ténesme rectal; dans les derniers temps, il présenta même de l'incontinence des matières fécales. Les évacuations étaient composées surtout d'une matière muqueuse ou muco-purulente, souvent mélangée de sang, avec des boulettes fécales plus ou moins volumineuses; parfois il se produisait un flux billeux qui teintait en jaune les matières évacuées.

Le malade a été sans fièvre pendant toute la durée de son affection; souvent même la température axillaire n'atteignait pas 37 degrés et oscillait de 36°,6 à 36°,9.

De plus en plus, les forces faiblirent; puis, les extrémités se refroidirent, la langue se dessécha, une sueur froide et visqueuse couvrit tout le corps, et le patient succomba dans le collapsus algide, le 7 mai 1891, une semaine après son entrée à l'hôpital.

A *l'autopsie*, c'est le gros intestin qui présente les lésions les plus intéressantes; il apparaît rétracté, rétréci, avec des parois très épaisses; la muqueuse est très congestionnée et forme des replis très nombreux; elle présente une vingtaine d'ulcérations, de dimensions variables, distribuées d'une manière assez irrégulière, à contours serpigineux, déchiquetés, à fond sanieux, très semblables, en un mot, à celles de la dysenterie. Ces ulcérations siègent surtout sur le rectum et le côlon descendant.

L'intestin grêle ne présente qu'une hyperhémie très considérable. L'estomac paraît sain.

Le mésentère est très congestionné et très épaissi; les ganglions mésentériques sont très volumineux; quelques-uns ont le volume d'une amande.

Le péricarde contient environ 500 grammes d'un liquide citrin, sans fausses membranes fibrineuses.

Les autres organes n'étaient le siège d'aucune altération digne d'être notée; le foie ne présentait ni abcès, ni angiocholite suppurée. Le péritoine renfermait une certaine quantité de liquide; mais il n'y avait pas trace de péritonite.

L'examen bactériologique a porté sur les ganglions du mésentère, le liquide du péricarde et le sang du cœur gauche. Le suc des ganglions mésentériques et le liquide du péricarde ont fourni des cultures pures de *bacillus coli communis*. Le sang du cœur gauche n'a rien donné.

II. — Le second malade, âgé de 63 ans, venait également du Dépôt de Nanterre; il avait de la diarrhée depuis trois

(1) Communication faite à la Société de Biologie, séance du 24 octobre 1891.

A la Maternité est annexé un tour dans lequel, je dirai plus tard la façon dont les enfants sont déposés, en étudiant et appréciant cette institution.

La Commission provinciale nomme une commission de dames chargée spécialement de la surveillance de l'allaitement des enfants au dedans et au dehors.

L'asile (Casa de *Candad*, ou de *Beneficencia* ou de *Misericordia*) est fait pour les enfants qui sortent de la Maternité (les garçons), pour les orphelins de la province, pour ceux que leurs parents sont impuissants à nourrir; on y trouve des divisions spéciales pour les impotents et vieillards des deux sexes. Des écoles, des ateliers y sont installés pour les garçons et pour les filles, le but de ces œuvres étant aussi bien de secourir que d'instruire et d'élever. Certains de ces asiles, même dans des villes où des institutions annexes sont fondées, abritent jusqu'à 2.000 pensionnaires de divers âges. A ces établissements provinciaux s'ajoutent les écoles de sourds-muets et aveugles et les hôpitaux.

III

La réglementation de ces derniers est très compliquée et très minutieuse. Elle ne comprend pas moins de 220 articles; l'un entre autres, prescrit qu'il n'y aura pas dans chaque ville, si importante qu'elle soit, plus de 4 hôpitaux placés aux extrémités, l'article 107 prescrit l'isolement facultatif d'un hôpital de convalescence et obligatoire d'un asile d'aliénés (manicomio), il est, actuellement même, peu fréquemment observé. A propos de ces asiles, le règlement défend l'emploi des moyens violents à l'égard des fous et recommande l'installation de travaux qui puissent les occuper et les distraire.

A propos de l'assistance individuelle, le règlement prescrit des maisons de secours pour les cas de maladies les plus urgents et les accidents de la voie publique ainsi que le traitement à domicile. De ce dernier, réformé par un décret récent (14 juin 1891), nous aurons à parler plus longuement.

Disons, en attendant, que d'après le règlement de 1822, tout individu habitant la commune, l'étranger, lui-même, pourvu qu'il ait un métier ou profession, a droit à être secouru s'il est pauvre.

La Commission locale de bienfaisance doit, autant que possible, lui fournir du travail; en cas de maladie, il est soigné chez lui,

mois ; jamais il n'avait rendu de sang. Il nous déclara qu'à la maison de Nanterre, beaucoup d'autres vieillards était malades comme lui, avaient de la diarrhée, et que quelques-uns rendaient quelquefois du sang. Ce malade attribuait cette épidémie à la mauvaise alimentation.

Il entra à l'hôpital Necker le 23 mai 1891 ; il était très amaigri, très affaibli, et ne se plaignait que de sa diarrhée. Les évacuations était très fréquentes, quelque fois involontaires ; elles étaient constituées par des matières mucopurulentes, un peu teintées par la bile ; nous n'y avons pas constaté de sang.

Le 24 mai au matin, la température était de 37°,5 ; le soir, elle était de 37°,4. Le lendemain, les extrémités se refroidirent, et le malade succomba dans la matinée, deux jours après son entrée à l'hôpital.

A *l'autopsie*, nous constatons que le gros intestin est rétracté, dur, épaissi ; sa muqueuse offre de nombreux replis ; elle est très congestionnée par places ; à un mètre de l'anus, elle présente une ulcération profonde, à bord irrégulier, d'un centimètre de large environ.

L'intestin grêle présente une muqueuse très congestionnée ; on trouve à sa surface un assez grand nombre de petites végétations polypiformes.

L'examen histologique de l'intestin a été fait en divers points. Sur le gros intestin, nous avons examiné la région de l'ulcération : au niveau de la perte de substance, on constate la disparition de la tunique glandulaire et de la musculeuse de la muqueuse ; le fond de l'ulcération est formé par la tunique sous-muqueuse. Au voisinage de l'ulcération, on observe de petits abcès sous-muqueux, compris entre la couche glandulaire et la musculeuse de la muqueuse d'une part, et la tunique celluleuse d'autre part. Ces abcès sont séparés de l'ulcération par de petites bandes de muqueuse nullement décollées. Dans la couche glandulaire, on observe une infiltration de cellules rondes dans les espaces intertubaires, et une dégénérescence muqueuse de la plupart des cellules épithéliales intra-glandulaires.

Dans l'intestin grêle on trouve des altérations analogues de la couche glandulaire ; mais on constate que les végétations polypiformes ne correspondent ni à des kystes glandulaires ni à des adénomes ; elles sont constituées par une partie centrale composée d'un amas de cellules rondes traversée de capillaires nombreux, dilatés, gorgés de sang, et d'une partie périphérique composée de la couche glandulaire qui, de chaque côté, se continue avec la couche correspondante de la muqueuse.

Le mésentère présente une congestion énorme ; les ganglions sont tuméfiés en grand nombre ; ils sont gros comme des pois ou des haricots.

L'estomac est un peu dilaté ; sa muqueuse est mamelonnée ; elle offre par places des hémorragies punctiformes et des plaques blanches de dégénérescence graisseuse (lésion surtout fréquente dans la gastrite alcoolique) ; on y voit un petit polype au voisinage du pylore.

Les poumons sont adhérents par leurs sommets ; à gauche on constate une caverne du volume d'une petite noix ; à droite, quelques tubercules crétacés.

Le péricarde renferme environ 300 grammes d'un liquide citrin un peu louche, sans fausses membranes fibrineuses.

L'examen bactériologique a porté sur le sang du cœur gauche et le liquide péricardique ; l'un et l'autre ont fourni des cultures pures de *bacillus coli communis*.

En résumé, nos deux malades ont succombé à une infection générale causée par le *bacillus coli communis*. Cette infection a eu pour point de départ les ulcérations du gros intestin ; c'est par ces ulcérations que le *bacillus coli* a pénétré dans les lymphatiques ; on le retrouvait dans les ganglions du mésentère, dans l'exsudat péricardique, et dans le sang du cœur gauche à l'état de pureté.

Il est difficile de préciser la nature des ulcérations intestinales qui ont été la porte d'entrée de l'infection. L'aspect de ces ulcérations, l'épidémie d'entérite qui semble avoir régné à la maison de Nanterre d'où ces malades ont été évacués à l'hôpital Necker, portent à penser qu'elles ont été causées par une *véritable dysenterie*. Cependant la chose n'est pas sûre ; aussi, n'ayant pas de critérium certain (nous ignorons encore le critérium bactériologique de la dysenterie vraie), nous avons appelé *entérite dysentériforme* l'affection intestinale primitive de nos malades.

Il est très probable que, dans ces deux cas, la terminaison fatale a été le fait de l'envahissement de l'organisme par le *bacillus coli communis*. Or, cette infection générale ne s'est traduite cliniquement, ni par la fièvre, ni par aucun symptôme typhique.

Au contraire, pendant tout leur séjour à l'hôpital, les malades ont présenté une température normale. Il est même

---

mais si la chose est impossible, le malade est envoyé à l'hôpital de la province aux frais de la ville.

On trouve comme conséquence de cette excellente réglementation de l'assistance, un certain article 93 qui défend la mendicité, partout où l'on a établi des maisons de secours ou l'assistance à domicile ; mais les prescriptions n'en sont généralement pas observées et les mendiants se rencontrent plus nombreux, peut-être en Espagne que dans les autres pays.

IV

J'ai fait allusion, plus haut, à la loi de 1875. Celle-ci, comme on le verra, a donné les règles de la bienfaisance privée. Je vais dire un mot de l'importante loi de 1844 qui a établi les divers rouages de la Bienfaisance publique.

Elle détermine les établissements qui ont le caractère public et les divise, comme la loi de 1822 l'avait fait, en généraux, provinciaux et communaux. La loi confie l'administration et la surveillance de ces trois catégories d'œuvres, à trois commissions spéciales.

La Commission générale qui a son siège à Madrid se compose de l'archevêque de Tolède ; du patriarche des Indes, du commissaire général des Cruzadas, membres de droit, de deux conseillers d'Etat (intérieur et contentieux), d'un conseiller de l'instruction publique, d'un médecin membre du Conseil de santé, de quatre autres membres nommés par l'Etat qui désigne aussi un ou deux membres d'un établissement général de bienfaisance.

On comprend que ce Conseil qui a assez d'analogie avec notre Conseil supérieur de l'assistance publique, soit le Comité consultatif du directeur général de la bienfaisance subordonné lui-même du ministre de l'Intérieur.

La Commission provinciale est, sous la présidence du gouverneur (préfet), composée des éléments suivants : le prélat diocésain, vice-président, deux chanoines désignés au gouvernement par le chapitre, ou s'il n'y a pas de chapitre, deux ecclésiastiques proposés par le prélat, un député de la province (conseiller général), un médecin, deux membres résidant au chef-lieu et nommés par le ministre sur la proposition du gouverneur, un membre du Conseil de surveillance d'un établissement provincial (hôpital ou asile) Rien d'analogue n'existe en France. Chez nous, en effet, à part les asiles d'aliénés, les dépôts de mendicité et les maternités, le Con-

digne de remarque qu'ils ont succombé avec du collapsus algide, présentant ainsi un tableau clinique qui n'est pas sans analogie avec celui du choléra nostras, de l'étranglement herniaire et de certaines péritonites par perforation, états morbides dans lesquels le *bacillus coli communis* paraît jouer un certain rôle.

REVUE DES JOURNAUX

CONTRIBUTIONS A L'HISTOIRE DE LA TUBERCULINE.

(*Suite*) (1).

IV. — La vérité sur la tuberculine, par le Dr Stickler, de New-York. (*New-York medical Record*, mai 1891, et *Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1891, n° 80, p. 915.)

V. — Inefficacité de la lymphe de Koch, par le Dr Senn, de Chicago. (*Weekly medical Review*, avril 1891, et *Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1891, n° 80, p. 914.)

VI. — Résultats fournis par les injections de tuberculine, par MM. Massalongo et Silvestri. (*Rivista veneta di Scienze mediche*, fasicule 5, 1891.)

VII. — Le traitement de la lèpre par la tuberculine, par le Dr Truhart. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1891, n°s 36, 37 et 38.)

VIII. — Traitement de la lèpre par les injections de tuberculine, par le Dr Danielssen. (*Monatshifte für praktische Dermatologie*, 1891, t. XIII, fasc. 3.)

En regard des opinions que nous venons de faire connaître et qui sont, pour la plupart, favorables à l'emploi de la lymphe de Koch dans le traitement de la tuberculose, en voici d'autres qui parlent dans un sens absolument contraire. La question reste donc pendante : repoussé presque partout ailleurs qu'en Allemagne, le traitement par la tuberculine conserve encore, parmi les médecins de ce pays, un grand nombre de partisans.

IV. — Un médecin de New-York, M. Stickler, a résumé les résultats de ses observations dans les conclusions suivantes :

1° La tuberculine ne guérit la phtisie pulmonaire pas plus à la première qu'aux autres périodes;

2° Quand elle est employée à la première période de la maladie, elle peut accélérer le processus morbide;

3° Quand elle est employée dans les périodes plus avancées de la phtisie, elle accélère certainement le dénouement fatal;

4° Même quand elle est administrée à de très petites doses, qui ne développent pas de réactions bien accusées, elle peut occasionner des accidents graves chez certains sujets;

5° En provoquant une nécrose du tissu pulmonaire, elle fait courir aux malades le danger d'une infection généralisée, qui ne se produirait pas, du moins au même degré, sans l'emploi de la tuberculine;

6° Il a été amplement démontré que l'emploi de la tuberculine met les bacilles spécifiques en liberté et favorise leur émigration dans d'autres organes ou dans des portions saines du poumon;

7° En procurant des améliorations temporaires, le traitement par la tuberculine fait naître des espérances illusoires;

8° Quand la tuberculine est employée dans un but diagnostique, la confirmation du diagnostic a lieu à la faveur de circonstances qui aggravent la lésion tuberculeuse;

9° La tuberculine est un poison, et comme elle est incapable de détruire les bacilles spécifiques, il n'y a que des inconvénients à l'introduire dans l'organisme du malade, car le corps du tuberculeux renferme déjà autant de poison qu'il en peut supporter;

10° C'est un remède qui, jusqu'ici, a causé plus de mal que de bien;

11° Comme la tuberculine est impuissante à guérir, voire à atténuer la maladie, elle ne doit jamais être employée dans les cas de tuberculose pulmonaire;

12° Quand elle est employée contre une tuberculose chirurgicale, et qu'une affection pulmonaire, latente jusque-là, vient à se réveiller, il y a lieu d'interrompre aussitôt le traitement;

13° Elle paraît devoir enrayer le processus lupique et, dans les cas de lupus exempts de complications, elle peut être employée sans danger pour la vie du malade. Mais ici encore il y a lieu d'interrompre le traitement, sitôt que vient à se dévoiler une tuberculose latente jusque-là;

14° Comme la tuberculine seule est incapable de guérir, et qu'elle constitue, d'autre part, un remède dangereux, il est irrationnel de l'associer à d'autres remèdes, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire.

V. — M. Senn, de Chicago, n'admet même pas l'efficacité de

(1) Voir le numéro 46.

seil général ne crée pas une organisation hospitalière proprement dites, et les maisons de refuge pour les vieillards et les orphelins sont des établissements purement municipaux.

Je dirai en passant que la loi de 1875 éleva de 7 à 11 nombre de membres des commissions provinciales, et qu'en 1885 celui des membres de la commission provinciale de Madrid fut porté à 15.

Les Commission municipales sont présidées par l'alcalde (maire). Elles ont la composition : suivante : un curé, un ou deux conseillers municipaux, le plus ancien des médecins de l'assistance communale, deux ou trois membres du Conseil de surveillance d'un établissement provincial ou municipal.

Ces commissions sont chargées de l'organisation des secours à domicile et plus spécialement des secours en argent. La loi spécifie que si les commissions municipales se subdivisent dans les villes importantes en plusieurs sous-commissions, il y aura toujours dans leur sein un ecclésiastique nommé par l'alcalde, sur la proposition de la Commission. Quant à celle-ci, ses membres sont nommés par le gouverneur sur la proposition du maire.

D'après le règlement de 1849, le public doit connaître par des avis insérés dans le *Journal officiel*, dans les *Bulletins* de chaque province, ou par des affiches apposées à la porte de chaque mairie, les sommes qui ont été acquises par legs, ou par donations, aux divers établissements de bienfaisance pendant le mois précédent. C'est une excellente mesure qui met le public au courant de ce que se passe et lui permet de porter ses libéralités sur telle œuvre moins favorisée que les autres.

L'administration des établissements de bienfaisance de l'État est placée sous l'autorité du ministre de l'Intérieur, du directeur général de la bienfaisance et d'un comité de dames créé par décret du 27 avril 1875. Un inspecteur général (Visitador) intervient pour tout ce qui regarde l'hygiène, le service médical et pharmaceutique. Il a également l'inspection de tous les asiles d'aliénés provinciaux ou municipaux, au point de vue surtout de la situation morale des individus qui y sont enfermés.

Un règlement concernant les aumôniers d'hôpitaux leur prescrit d'attendre pour donner les secours religieux. le désir formellement exprimé par le malade et leur délégue la direction morale et spirituelle de ceux-ci.

La nomination des médecins et pharmaciens se fait généralement au concours (*oposicion*) quelquefois sur titres (*concurso*).

la tuberculine dans les cas de lupus. Pour lui, la lymphe de Koch doit être simplement jetée par dessus bord ; nous employons cette expression à dessein, parce qu'elle traduit à peu près le titre du travail de Senn. Voici une relation abrégée des faits cliniques sur lesquels se fonde l'auteur pour justifier son jugement si catégorique :

Obs. I. — Femme de 44 ans. Lupus de la face et du nez ; tuberculose de l'articulation tibio-tarsienne droite; tuberculose commençante de l'articulation du poignet, à gauche. Au bout de huit semaines, il a fallu renoncer au traitement, parce que la malade avait beaucoup maigri et était devenue anémique. An début, les lésions locales avaient présenté une amélioration apparente, puis elles étaient revenues à leur premier état.

Obs. II. — Femme de 49 ans. Lupus érythémateux de la joue droite et du pavillon de l'oreille. La réaction locale s'est manifestée à la suite de l'emploi de très faibles doses de tuberculine, mais le traitement n'a procuré qu'une amélioration très faible.

Obs. III. — Garçon de 15 ans. Lupus hypertrophique de la face; tuberculose des ganglions sous-maxillaires et cervicaux. Sous l'influence du traitement, l'engorgement ganglionnaire a diminué d'abord, puis il était revenu en son premier état, lorsque les injections de tuberculine ont cessé de développer des réactions. Le lupus n'avait pas changé d'aspect. L'état général s'était considérablement aggravé.

Obs. IV. — Femme de 43 ans. Tuberculose cutanée aux deux genoux. Pendant le traitement par les injections de tuberculine, les nodosités tuberculeuses avaient augmenté de volume, elles étaient devenues dures et douloureuses, puis peu à peu elles s'étaient résorbées.

Les ulcérations avaient pris meilleur aspect d'abord, puis s'étaient couvertes de granulations, et leur cicatrisation était complète au moment où le traitement fut interrompu. Trois semaines plus tard les choses étaient revenues à leur premier état.

Obs. V. — Jeune fille de 18 ans. Tuberculose du genou. Pendant le traitement par les injections de tuberculine, la malade a beaucoup maigri et est devenue très anémique. Après quatre semaines de traitement la malade a quitté l'hôpital, son genou malade étant encore tuméfié. Mais deux semaines plus tard elle réintégrait l'hôpital dans le même état que la première fois, et on la soumit aux injections intra-articulaires d'iodoforme.

Obs. VI. — Tuberculose du genou gauche chez un homme de 30 ans. Les injections de tuberculine ont occasionné au malade des douleurs de tête, de dos et de rate. Après la cinquième injection il ne s'est pas produit de phénomènes réactionnels, et lorsqu'on renonça au traitement, aucune amélioration ne s'était manifestée.

Obs. VII. — Jeune fille de 15 ans. Tuberculose de la hanche. Les injections de tuberculine n'ont fait qu'aggraver les symptômes locaux, puis cette aggravation s'est étendue à l'état général, et on a renoncé au traitement.

Obs. VIII. — Homme de 35 ans. Otite moyenne tuberculeuse. Tuberculose des poumons et du larynx. Sous l'influence du traitement le malade a perdu l'appétit, il a contracté une diarrhée qui l'épuisait. Après huit semaines de traitement il a quitté l'hôpital, et il est mort peu de temps après. Sans aucun doute le dénouement fatal a été accéléré par le traitement.

Obs. IX. — Tuberculose des ganglions cervicaux chez une jeune fille de 20 ans. Le traitement a eu comme conséquence une consomption causée par l'anorexie, une diarrhée fréquente et la fièvre. L'état général s'est amélioré lorsqu'on a suspendu le traitement. La malade s'est résignée à une intervention opératoire.

Obs. X. — Jeune fille de 22 ans. Tuberculose des ganglions cervicaux, tuberculose commençante du sommet droit. Pendant le traitement la toux a augmenté, la malade a ressenti des douleurs dans la gorge, dans la poitrine et dans le dos. Les ganglions se sont tuméfiés davantage, sont devenus plus douloureux, plus mous. Il a fallu renoncer au traitement, à cause de l'aggravation progressive de l'état général.

Obs. XI. — Homme de 28 ans. Tuberculose du larynx et des poumons. L'amélioration obtenue d'abord n'a pas fait de progrès dans la suite. Les ulcérations laryngées ne se sont pas cicatrisées.

Sur un total de 43 cas de tuberculose pulmonaire traités par des injections de tuberculine, 2 se sont terminés par la mort, 22 se sont aggravés, 6 n'ont pas été modifiés, 11 ont été améliorés, et dans 2 il y a eu guérison apparente. De plus 6 de ces malades ont succombé peu de temps après leur sortie de l'hôpital.

VI. — Pour que cet article reflète autant que possible toutes les opinions qui se sont produites sur la valeur des

---

Ils se divisent par moitié en médecins titulaires et suppléants, ces derniers non payés; mais les médecins d'hôpitaux, en Espagne, reçoivent une rétribution qui n'est pas dérisoire, comme en France, et qui varie, d'ailleurs, avec l'importance de l'établissement.

Voici la réglementation en ce qui concerne les établissement privés. Ils avaient acquis des richesses considérables ; en Espagne, comme dans d'autres pays, la piété des fidèles aussi bien que leur esprit de charité avait remis jadis entre les mains du clergé les sommes nécessaires à la fondation d'œuvres diverses de bienfaisance, qui remonte à une époque reculée, et leur installation se ressent de cette ancienneté d'origine.

La loi du 23 janvier 1822, qui se préoccupait surtout de la double autonomie provinciale et communale, arriva à supprimer l'indépendance des fondations particulières. La loi du 20 juin 1849 les émancipa et les sépara un peu trop des établissements publics. Un décret rendu, en 1875, sur la proposition de M. Romero Robledo régularisa leur situation et renforça l'action administrative relâchée depuis la loi de 1849. « La bienfaisance particulière, disait le ministre, viendra ainsi en aide à la bienfaisance publique et spécialement à la bienfaisance générale en allégeant ses budgets, et jamais plus l'argent du pauvre ne sera détourné de sa destination. »

Et en effet, le règlement qui accompagnait ce décret de 1875, tout en respectant les fondations particulières et les attributions qu'elles ont reçues de leurs fondateurs, donne à l'État la surveillance sur le domaine de l'hygiène et de la morale, sur celui de l'accomplissement strict des obligations auxquelles les œuvres particulières sont soumises. Il complète et rend facile le fonctionnement de ces œuvres, dispose des fonds supplémentaires, ou dont la destination est caduque, et les applique à d'autres œuvres du même genre.

Chaque établissement est sous la direction d'un patronage (Junta de Patronos) qui doit se tenir toujours en règle vis-à-vis de l'État, lequel peut destituer, pour des faits graves, les membres de cette Commission nommés par lui dans les conditions prescrites par les fondateurs. Ces commissions soumettent leurs comptes et budgets à la Commission provinciale dans le ressort de laquelle elles fonctionnent, et ces documents sont envoyés à la direction générale de Madrid pour approbation définitive.

(*A suivre.*) Dr C. Delvaille.

injections de tuberculine, nous allons reprodnire qnelques-unes des conclusions d'un travail de MM. Massalongo et Silvestri, qui ont pris en quelque sorte une position intermédiaire entre le pessimisme et l'optimisme des anteurs des travaux que nous venons de passer en revue.

D'abord les deux médecins italiens constatent que lorsque les injections sous-cutanées de tuberculine sont faites avec les précautions désirables, elles n'entraînent presque jamais de symptômes généraux graves.

Ils estiment que la lymphe de Koch a une valeur diagnostique inférieure à celle des signes physiques, même dans les cas au début.

Ils constatent ensuite que lorsque, dans les cas de tuberculose pulmonaire, les injections développent une réaction locale, le processus pulmonaire s'aggrave (augmentation de la toux, de l'expectoration et des bacilles). Cette aggravation n'est que passagère dans la plupart des cas, et suivie de l'amélioration de tous les symptômes.

Cette amélioration elle-même est de courte durée. Il est vrai que, dans la plupart des cas, l'état des malades, après le traitement, ne s'était pas aggravé par rapport à ce qu'il était au début.

La diminution et même la disparition des bacilles spécifiques dans les crachats ne sont également que des résultats passagers.

Une amélioration générale a été observée dans la moitié environ des cas, une amélioration locale dans le cinquième; c'est dire que l'augmentation du poids corporel qui traduit l'amélioration générale n'est pas en rapport nécessaire avec l'amélioration du processus local et doit être plutôt attribuée au repos au lit et à la bonne nourritnre. Cette augmentation du poids corporel est d'autant plus constante et plus durable, que la réaction générale est moins intense et moins fréquente.

Enfin, d'après les deux auteurs, la tnberculine, à l'exclusion de tout autre agent, a la propriété d'agir directement sur le tissu pulmonaire tuberculeux, et cette action élective laisse la porte ouverte à bien des expériences, quoique, jusqu'ici, elle se soit traduite par peu de résultats positifs.

VII. — Voici, d'autre part, l'analyse de deux travaux publiés par des médecins qui ont expérimenté les injections de tuberculine contre la lèpre et qui arrivent à des conclusions contradictoires.

M. Truhart, qui exerce en Livonie, a eu recours aux injections de tuberculine dans six cas de lèpre, et voici en substance les résultats qu'il annonce :

Il constate d'abord que si la tuberculine développe des réactions locales et générales dans tous les cas de lèpre, la réaction est plus torpide dans les cas qui se rattachent à la lèpre maculeuse et aux formes mixtes. Il reconnaît ensuite que, dans certains cas, le traitement entraîne une dépression des forces, qui ne trouve pas une explication suffisante dans la réaction fébrile relativement faible.

Quant aux résultats curatifs, ils ont été particulièrement éclatants, pour ce qui concerne les manifestations cntanées de la lèpre : les ulcérations cutanées se sont cicatrisées avec une extrême rapidité, même quand elles intéressaient profondément la peau et qu'elles étaient envahies par la gangrène. Dans les cas se rattachant à la forme tubéreuse, les nodosités se sont réduites jusqu'au tiers du volume primitif. Dans les cas de lèpre macnleuse, les taches, d'un rouge foncé, ont pris une teinte plus vive, par suite d'une hyperémie capillaire; la peau, à ce niveau, devenait sèche et segerçait: d'autres fois, elle sécrétait un exsudat qui se desséchait rapidement, en formant nne croûte cassante, d'un blanc neigenx. Cette croûte, en se détachant, mettait à nu une surface de peau absolument normale.

Les manifestations du côté des mnqueuses ne réagissent qn'après emploi de doses relativement fortes de tuberculine, mais alors elles sont d'autant plus promptes à guérir. Les ganglions lymphatiqnes hypertrophiés sont envahis par un processus régressif lent, mais très net, sons l'influence du traitement par la tuberculine.

Enfin, dans deux cas, le traitement a fait disparaître l'anesthésie cutanée.

En somme, l'auteur apprécie à un point de vue très optimiste le parti qu'on peut tirer de l'emploi de la tuberculine dans les cas de lèpre.

VIII. — M. Daniëlssen a expérimenté le traitement de Koch dans 14 cas de lèpre appartenant aux diverses formes de cette maladie. Au début il injectait la tuberculine à la dose de 1 milligramme, dose qu'il augmentait progressivement suivant la tolérance des malades. En général les réactions générales et locales ont été très violentes, et par suite de l'aggravation de l'état général qui en résultait, il a fallu renoncer au traitement après un petit nombre d'injections. D'ailleurs aucun des malades n'a été guéri; chez quelques-uns les manifestations lépreuses ont été aggravées, et M. Daniëlssen conclut que loin d'exercer sur les bacilles de la lèpre une action parasiticide, la tuberculine leur prépare un terrain favorable, au sein duquel leur activité pathogène augmente.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

I. — Essai sur l'appendiculite et la péritonite appendiculaire, par Emile Maurin. Thèse de Paris, 1890, chez G. Steinheil.

II. — Du cancer de l'ampoule de Vater, par M. Busson. Thèse de Paris, 1890, chez Ollier Henry.

III. — Essai sur l'état mental des hystériques, par H. Colin. Thèse de Paris, 1890, chez Rueff et Cie.

I. — Les causes de l'appendiculite sont ou prédisposantes ou déterminantes. *Parmi les premières* le sexe joue un rôle important : sur 102 observations l'auteur note 85 hommes contre 17 femmes seulement. Le maximum de fréquence de l'affection a lieu de 10 à 25 ans, elle devient très rare au-dessus de 45 ans comme au-dessous de 10 ans.

La constipation semble être une condition favorable à son apparition, bien que dans certains cas la diarrhée ait été notée au début, diarrhée prolongée; dans le même sens agissent les repas trop copieux, formés de substances grossières, et suivis d'un exercice physique plus ou moins violent. L'entérocolite, la fièvre typhoïde, la dysenterie favorisent l'éclosion de la maladie.

Les causes *déterminantes* sont les corps étrangers (65 0/0) soit venus du dehors, soit formés de calculs biliaires ou stercoraux; ceux-ci résultent de la solidification des produits glandulaires de la muqueuse, ou des matières fécales liquides, résidu d'une diarrhée antérieure, ou bien ils ont été formés dans l'intestin grêle ou le cæcum et la constipation est leur agent le plus puissant.

Les corps agissent de deux façons : ou bien directement par leur volume, ou bien indirectement à distance, en ralentissant ainsi, que M. Talamon l'a montré, la vitalite des parois

de l'appendice, et en favorisant l'action nocive des bactéries de l'intestin (typhlite perforante).

Mais, à côté de ces cas il est certain qu'il en est d'autres où le corps étranger est absent et où il s'agit d'une affection primitive de la muqueuse de l'appendice.

Dans la grande majorité des cas, le *siège* des lésions reste intra-péritonéal et celles-ci se traduisent par de la péritonite enkystée ou généralisée. L'abcès intrapéritonéal est une rareté. En tout cas la tendance qu'on a eu de rapporter à l'appendicite sous le cas de typhlite et de pérityphlite paraît exagérée à l'auteur.

Quant à l'appendice lui-même, il peut être perforé, gangréné, ulcéré, dilaté. La lésion la plus commune est la perforation, siégeant en général au voisinage de la pointe, et souvent en contact avec le corps étranger qui peut ainsi tomber dans le foyer purulent.

La péritonite appendiculaire est une péritonite septique dont l'agent est le bacterium coli commune. Les symptômes sont : une douleur violente, subite, dans la fosse iliaque droite, avec nausées et vomissements. La langue est sèche, la soif vive. Les selles se suppriment, malgré des épreintes douloureuses. Au bout de quarante-huit heures, on peut constater une tuméfaction circonscrite, diffuse, plus ou moins résistante, sensible, mate, sans changement de couleur à la peau.

Les vomissements opiniâtres, parfois fécaloïdes, joints à la constipation, font penser à un étranglement interne. Et la mort peut survenir au bout de quatre à huit jours.

Ce début brusque n'est pas toujours de règle et bien des malades ont en depuis un temps plus ou moins long des phénomènes gastro-intestinaux : constipation, diarrhée, douleurs abdominales sourdes.

En raison du siège des lésions, il est rare d'observer la flexion de la cuisse sur l'abdomen qui est si fréquente dans la typhlite.

On ne devra pas, dans tous les cas, se borner à la palpation et à la percussion abdominale, pour apprécier la tuméfaction, mais on devra le combiner au toucher rectal et vaginal.

L'apparition de la tumeur est en général précoce, cependant elle n'apparaît souvent que le troisième et le quatrième jour, et elle n'est jamais aussi nette que quand il existe à la fois de la péritonite enkystée et un abcès sous-péritonéal.

L'appendice peut revêtir trois formes principales :

1° La forme à péritonite d'emblée généralisée;

2° La forme à péritonite localisée ou enkystée;

3° La forme à abcès pérityphlitique, celle-ci est la plus bénigne, mais aussi la plus rare.

Toutes ces formes peuvent du reste se combiner, et les accidents sont encore aggravés parfois par deux complications heureusement rares : la perforation du diaphragme amenant une pleurésie purulente qui peut aussi d'ailleurs se développer par simple propagation, et la pyléphlébite suppurée avec petits ou grands abcès du foie.

Le diagnostic devra surtout se faire avec la typhlite.

On n'oubliera pas que la tumeur de la péritonite appendiculaire n'est pas mobile sur les parties sous-jacentes, qu'elle est plus étalée, ayant plus de tendance à se porter vers la ligne médiane, enfin que les symptômes réactionnels dans la typhlite ne sont jamais aussi violents.

La psoïtis, l'adénite des ganglions iliaques, l'ovarite aiguë chez la femme devront être aussi éliminés. En ce qui concerne cette dernière, la tumeur est située plus bas et plus en dehors, et le toucher vaginal permettra d'apprécier l'ovaire grossi.

De même à la salpingite et à la pyosalpingite auxquelles il faut toujours songer chez la femme.

La plus redoutable de toutes ces formes est la forme à péritonite généralisée, tuant en deux, trois, quatre et huit jours. La moins grave et la forme à abcès pérityphlitique.

Les purgatifs doivent être proscrits du traitement, au contraire l'opium sera administré au début. Et l'intervention chirurgicale peut être posée en principe.

L'incision pour l'abcès pérityphlitique, avec excision de l'appendice après ligature à la base, si celui-là est accessible. — La laparotomie dans le cas de péritonite localisée ou généralisée.

II. — La forme anatomique la plus commune est l'épithélioma à cellules cylindriques; il s'offre généralement à l'œil nu sous forme d'une tumeur grosse comme une noix ou comme une noisette, plus petite même, de coloration blanc rosé, molle, d'aspect médullaire. Cette tumeur fait saillie dans le duodénum et obstrue l'embouchure des canaux pancréatique et cholédoque. Dans quelques cas elle est dure, comme fibreuse.

Le plus souvent localisé, il peut se propager à la tête du pancréas, envahir les ganglions sus et sous-pancréatiques ainsi que les ganglions mésentériques.

A la suite de l'obstruction du canal cholédoque, il se produit une dilatation énorme des canaux biliaires et de la vésicule. Le canal cholédoque va jusqu'à acquérir le volume du petit doigt d'un adulte et même de l'index. Il se rétrécit brusquement au niveau de l'ampoule de Vater.

La vésicule est également très dilatée ; elle atteint la grosseur d'une petit orange, d'une poire, et son fond fait saillie au-dessous du bord inférieur du foie.

La déviation de son axe en haut et à gauche a été notée à l'autopsie.

Les canaux hépatiques comme la vésicule sont remplis par de la bile très colorée.

Le foie, d'abord augmenté de volume, se sclérose et revient à l'état normal; les lésions du pancréas n'ont rien de spécial.

L'ictère est la première manifestation du cancer de l'ampoule de Vater, survenant progressivement, sans fièvre. Il s'accompagne de plaques bronzées et de tous les phénomènes propres aux ictères chroniques.

La douleur est un phénomène inconstant.

Elle peut se montrer sous forme d'accès, revenant à des intervalles inégaux. Elle *siège* habituellement dans l'hypochondre droit et s'irradie, vers l'épigastre, l'hypochondre gauche, on c'est autour de l'ombilic qu'elle se trouve.

Lorsqu'elle ne se fait pas sentir spontanément, elle peut être éveillée par la palpation. La douleur peut encore se propager vers le dos et alors on a, comme dans l'ulcère de l'estomac, un point douloureux spécial.

Enfin elle peut être nulle ou à peu près nulle, et la palpation même peut être indolore.

Dans le cancer de l'ampoule de Vater il n'y a pas de tumeur abdominale à la palpation. Mais la vésicule biliaire distendue peut le plus souvent se sentir. Quand le fond de la vésicule déborde le bord inférieur du foie ou trouve à droite de l'ombilic, beaucoup plus à droite même qu'on n'est porté à le croire, vu le siège de la vésicule dans l'état normal, une tumeur molle, piriforme, le plus souvent de la grosseur d'un œuf de canard, lisse et fuyant sous la main.

Le fait dominant du cancer de l'ampoule de Vater, est un amaigrissement continu, progressif et rapide : on peut noter dans le cours de la maladie des hémorrhagies intestinales.

III. — La caractéristique de l'hystérie au point de vue mental est une impressionnabilité extrême des centres psychiques,ce qui les rend propres à réagir les uns sur les autres par autosuggestion, et qui,d'autre part,les rend plus sensibles aux actions extérieures, d'où une tendance à la reproduction des actes qui se passent autour d'eux.

Mais différentes influences agissent à leur tour pour modifier en plus ou en moins ces tendances.

Le *sexe* a une action des plus nettes. Au point de vue psychique, la femme hystérique est bien moins touchée que l'homme, chez qui on rencontre une association fréquente de la neurasthénie avec l'hystérie.. C'est ce que M. Charcot a désigné sous le nom de *hystéroneurasthénie*. Dès lors on prévoit quelle est la caractéristique de l'hystérie mâle dans laquelle la dépression mélancolique est de règle, avec tendance au suicide.

L'*âge* comporte aussi des différences.

Les enfants n'offrent rien de spécial au point de vue mental, quoi qu'on en ait dit. Il n'en est plus de même de l'hystérie sénile qui se rapproche par ses symptômes de l'hystérie mâle, c'est la même association de neurasthénie et d'hystérie, avec dépression et mélancolie, céphalée, plaque sacrée et troubles digestifs.

Le milieu social non plus n est pas indifférent, et c'est parmi les misérables, ainsi que M. Charlot l'a noté, qu'on trouve le plus de malades, et chose digne de remarque, parmi les hommes.

Le délire hystérique est des plus variés : gai, triste, furieux religieux, obscène, entremêlé d'hallucinations auditives et visuelles,les premières ressemblant à s'y méprendre aux hallucinations alcooliques. Il faut le distinguer du délire passionnel de la quatrième période des attaques.

Cependant, chez l'homme, le délire est plus accentué que chez la femme, et les hallucinations terrifiantes y sont plus marquées. Ce délire dure peu et c'est là un bon élément de diagnostic avec celui qui accompagne la dégénérescence mentale.

Certains malades présentent de l'automatisme ambulatoire, et des accès de somnambulisme spontané, surtout fréquents chez les enfants.

La question de criminalité des hystériques a porté l'auteur, à faire quelques recherches dans les prisons. Il a pu les faire à Saint-Lazare et à Mazas.

D'après lui, l'hystérie y serait peu fréquente, et le criminel répond beaucoup plus au type du dégénéré héréditaire qu'à celui de l'hystérique.

L'hystérie ne serait pas plus fréquente non plus parmi les prostituées.

L'étude de la folie hystérique a amené l'auteur à passer en revue les différentes descriptions qui en ont été données. De son étude il résulte qu'il n'y a pas, à proprement parler, de folie hystérique.

Si l'on se rapporte, en effet, à toutes les formes que peut revêtir ce qu'on a appelé la folie hystérique, on se convaincra que celle-ci est absolument l'image de la folie des dégénérés héréditaires, et que si l'on cherche chez ces soi-disant fous hystériques les stigmates de la dégénérescence, on les observe *juxtaposés* à ceux de l'hystérie. Ceci conduit à admettre que la folie ne s'observe que chez les sujets qui sont à la fois hystériques et dégénérés, et qu'il y a juxtaposition de deux maladies conservant dans leurs manifestations leur autonomie propre.

Si donc la folie qui s'observe chez les hystériques est une manifestation héréditaire de la dégénérescence psychique, on comprend qu'elle puisse revêtir tous les aspects que celle-ci peut offrir avec ou sous le concours de l'hystérie.

C'est d'abord l'*hérédité*. Ici on observe, en effet, une accumulation de tares héréditaires et on retrouve chez les ascendants toutes les tares nerveuses possibles.

Un dernier point rapproche ces malades héréditaires dégénérés purs, c'est leur *susceptibilité très grande pour les boissons alcooliques et la loi d'attraction* à laquelle ils obéissent invinciblement et qui les pousse à se rechercher et à s'unir ensemble dans la société.

Partant de ces faits, on peut donc rencontrer chez les fous hystériques, ainsi que nous disions plus haut, toutes les modalités que peut revêtir la dégénérescence héréditaire.

C'est d'abord l'*imbécilité*,

La *débilité mentale*, avec tous les caractères auxquels s'ajoutent les stigmates hystériques.

Puis les différents délires :

Délire mélancolique,
Excitation maniaque,
Idées de persécution,
Idées mystiques,
Délire des grandeurs.

Indépendamment de ces formes délirantes, la folie hystérique peut offrir également les syndromes épisodiques, qui sont pour ainsi dire pathognomoniques de la dégénérescence mentale et ce avec tous les caractères qui leur sont attribués.

1° Obsession;
2° Impulsion;
3° Irrésistibilité ;

qui caractérisent la première phase de l'acte :

4° La conscience complète de l'acte ;
5° L'angoisse concomitante qui en sont la seconde et enfin
6° La satisfaction consécutive.

Les syndromes épisodiques de la folie des hystériques sont :

La folie du doute,
L'agoraphobie,
La dipsomanie,
Les impulsions homicides et suicides,
L'onomatomanie,
Les perversions sensuelles.

Enfin ils peuvent aboutir à la démence, mais c'est un fait exceptionnel. Falret et Legrand du Saulle avaient d'ailleurs signalé, eux aussi, la rareté de la démence dans la folie hystérique.

H. BARBIER.

BULLETIN

A la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux, M. Merklen a rapporté des faits très intéressants qui soulèvent à nouveau la question toujours discutée du traitement des pleurésies purulentes. On n'est guère autorisé à tirer des conclusions fermes d'un si petit nombre de faits ; et pourtant ceux-ci militent en faveur de l'intervention chirurgicale dont jusqu'à ce jour l'opportunité avait été mise en doute et contestée par un grand nombre de médecins. En ce qui concerne le pyo-pneumothorax, spécialement visé dans la communication de M. Merklen, il y a, vis-à-vis de la pleurotomie, des adhérents et des adversaires, ceux-ci notablement plus nombreux. Pour justifier leur opinion, les opposants ont invoqué des raisons multiples, dont la principale se rapporte à l'état des poumons chez les individus porteurs de cette grave complication de la tuberculose. Ils considèrent notamment que, chez

ces malades, l'opération est susceptible de déterminer du côté des poumons de véritables poussées aiguës congestives et de favoriser par là une recrudescence de l'affection tuberculeuse qui constitue un grave péril chez un sujet déjà profondément débilité. M. Rendu a cité à cet égard des faits tirés de sa propre pratique, faits qui sont de nature à justifier cette défiance des adversaires de l'intervention opératoire. Puis on a invoqué, comme autant de circonstances également défavorables, l'état de la plèvre enflammée et l'existence presque constante d'adhérences qui enserrent le poumon et le fixent à l'état de moignon inextensible contre la colonne vertébrale : cette dernière circonstance en particulier rendant improbable la dilatation du poumon après l'évacuation du kyste pleural et assurant, par contre, l'établissement d'une fistule définitive, véritable servitude pathologique aussi assujettissante que pénible. Telles sont les principales objections que l'on oppose à l'empyème, considéré comme opération applicable au pyopneumothorax tuberculeux. On ne peut méconnaître leur portée et il est certain que le cas échéant, elles devront peser d'un grand poids dans le choix de la décision à intervenir. Toutefois il nous semble que l'on a un peu exagéré leur importance.

N'est-ce pas une objection théorique et un peu timorée que celle qui invoque la possibilité d'une aggravation des lésions pulmonaires persistantes sous l'influence de l'opération ? En tous cas, il n'en a pas été ainsi dans le cas favorable de M. Merklen où la pleurotomie suivie de la création d'une fistule persistante n'a été signalée par aucune recrudescence des symptômes révélateurs de la tuberculose viscérale. On pourrait même dire qu'il y a eu amélioration de celle-ci, car le malade a paru bénéficier de l'intervention. Un résultat non moins satisfaisant a été constaté par MM. Debove et Netter, dans des cas fort semblables à celui de M. Merklen. On peut en conclure, au moins provisoirement, que les incisions pleurales et le drainage sont indiqués dans certaines circonstances, et que, pratiqués opportunément, ils peuvent rendre de réels services.

Doit-on se demander ensuite quels sont les avantages réels de l'opération et quelle est sa supériorité sur la ponction simple suivie ou non du lavage antiseptique de la cavité pleurale? La réponse à cette question est peut-être facile, si l'on s'en tient aux données de la thérapeutique générale et de la clinique. En effet, si l'on se reporte au traitement des pleurésies purulentes, envisagées d'une manière générale, on voit que ces pleurésies guérissent rarement par la simple ponction, même suivie du lavage antiseptique de la plèvre altérée. La véritable méthode vis-à-vis d'elles, la méthode de choix, c'est l'opération de l'empyème avec ou sans résection de fragments des arcs costaux. Ce n'est là d'ailleurs qu'une application de la loi qui régit uniformément le traitement des collections purulentes, de quelque nature qu'elles soient : loi que l'on pourrait résumer dans la formule d'incision large, et d'évacuation complète du foyer pyogène. A priori, on ne voit pas pourquoi le pyo-pneumothorax tuberculeux y ferait exception et pourquoi il serait soustrait au bénéfice d'une intervention qui a donné des résultats heureux dans des cas plus ou moins comparables. D'un autre côté, il faut tenir compte des chances d'auto-infection qui résultent de la rétention prolongée du pus, telle qu'elle est réalisée trop souvent par la ponction simple qui n'empêche guère la reproduction incessante du liquide. Il y a là un inconvénient grave, voire même un danger sérieux, car l'infection ainsi engendrée s'ajoute à celle qui résulte du ramollissement et de la fonte caséeuse des masses tuberculeuses pulmonaires, pour amener une sorte d'empoisonnement général du sujet. Il est évident que l'ouverture et le drainage du kyste pleural sont ici les meilleurs moyens à employer pour prévenir un danger très réel dont l'éventualité doit peser dans la balance autant que celle de l'aggravation des lésions tuberculeuses, dont certains cliniciens voudraient faire un argument uniformément négatif. On pourrait invoquer encore d'autres considérations à l'appui de la pleurotomie appliquée au traitement du pyo-pneumothorax; mais celles qui précèdent suffiront à montrer sa valeur et à établir qu'elle est indiquée dans certains cas où les résultats justifient parfaitement l'intervention. Le débat qui vient d'avoir lieu devant la Société des hôpitaux aura eu le mérite incontestable de mettre une fois de plus cette proposition en évidence.

P. M.

NÉCROLOGIE

Le docteur Henri Roger.

L'on pouvait espérer, il y a quelques jours encore, que par exception bien rare, la nécrologie de l'Académie de médecine, en 1891, portât le mot : néant ! Mais il n'en sera pas malheureusement ainsi ; l'Académie de médecine a perdu, le 15 de ce mois, l'un de ses doyens, par le cœur, l'esprit, l'intelligence et la probité : M. Roger. Si grandes étaient ses qualités que ceux qui le connaissaient se rencontraient tout à l'heure auprès de son cercueil, en murmurant : « C'est trop tôt; il aurait dû vivre encore! »

M. Henri-Louis Roger, né à Paris le 15 juin 1809, était fils de l'auteur dramatique qui fut en même temps et successivement, inspecteur général de l'Université, secrétaire général des postes, député, membre de l'Académie française. Henri Roger, après d'excellentes études littéraires, commença bientôt ses études médicales. Il était interne des hôpitaux de la promotion de 1833, avec Béhier, Boinet et Dechambre et obtint la médaille d'or de 1836. Reçu docteur en médecine en 1839, il est médecin du bureau central en 1840 et après divers hôpitaux, arrive en 1853 à l'hôpital des Enfants-Malades où il reste jusqu'à la fin de 1874. Ayant concouru deux fois pour l'agrégation, il avait été nommé agrégé de la Faculté en 1847. Il entre à l'Académie de médecine en 1862, est secrétaire annuel de 1872 à 1878, vice-président en 1879, et il préside la Compagnie en 1880. Secrétaire, puis secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux pendant de longues années, il succède à Tardieu en 1879 comme président de l'Association générale des médecins de France.

Nous nous honorons de compter parmi les élèves de M. Roger, et modeste fonctionnaire de l'Académie, nous avons été, pendant près de vingt années en rapports continuels avec lui. Aussi, pouvons-nous dire que son éloge est dans toutes les bouches ; il sera rédigé quelque jour et prononcé comme il convient, en haut d'une tribune plus en relief que la place où nous écrivons aujourd'hui. Honoré de sa bienveillance et l'ayant bien connu pendant plus de trente ans, nous regarderions comme une impiété de ne pas raconter quelque part ce que nous savons de cet excellent maître. Il était le *vir probus* dont parlent les anciens. Mais son intelligente activité, son esprit et sa bienveillance sont si connus, qu'il faut se borner, aujourd'hui, à se réunir près de ses restes mortels, autour de sa famille en deuil.

Nous nous bornons à énumérer quelques-uns de ses travaux les plus importants. Nous ferons mieux prochainement et nous prions sa famille, nous prions ses neveux, nos excellents confrères et amis, MM. Besnier et Descrouzilles de nous donner quelque crédit de temps, pour bien dire, ce que nous savons, de l'excellent homme qui vient de nous quitter.

Dr A. Dureau.

1839. De l'auscultation et de sa valeur séméiologique. — 1840

De la fièvre typhoïde chez les enfants. (*Arch. gén. de méd.*) — Traité pratique d'auscultation, en collaboration avec Barth. (La 10e édition est de 1880 et cet ouvrage a été traduit dans la plupart des langues de l'Europe.) — 1844. Rapport au Ministre de l'instruction publique sur l'organisation de la médecine en Allemagne. — 1844-1845. De la température chez les enfants à l'état physiologique et pathologique. (*Arch. gén. de méd.*) M. Roger est le premier qui ait fait et publié des recherches de thermométrie chez les enfants. — 1847. Des éruptions cutanées dans les fièvres. — 1850. De la percussion et de l'auscultation combinées. (*Union méd.*) — Recherches expérimentales sur l'abaissement de la température du corps dans le choléra. (*Actes de la Soc. méd. des hôp.*) — 1851. Observation d'un cas de monstruosité consistant en une mainbot du genre radio-palmaire. (*Bull. de la Soc. méd. des hôp.*) — 1852. Cas de monstruosité pouvant être rapprochée des lésions congénitales décrites sous le nom d'amputations spontanées dans l'utérus. (*Ibid.*) — Recherches cliniques sur quelques nouveaux signes fournis par la percussion et sur le son tympanique dans les épanchements liquides de la plèvre. (*Arch. gén. de méd.*) — 1858. Premier exemple de croup (1839) guéri à l'hôpital après la trachéotomie. (*Ibid.*) — Note sur la statistique de la mortalité par le croup dans la ville de Paris et sur la valeur de la trachéotomie. (*Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, t. IV.) — 1859. Sur l'inoculabilité et la contagion de la diphthérite; sur la durée de la période d'incubation dans l'angine couenneuse. (*Ibid.*) — Mémoire sur les altérations de la trachée-artère consécutives à l'opération de la trachéotomie. (*Arch. gén. de méd.*) — Observations d'emphysème généralisé. (*Ibid.*) — 1860. Recherches cliniques sur l'auscultation de la tête. (*Mém. de l'Acad. de méd.*) — 1862. Recherches cliniques sur la paralysie consécutive à la diphthérite. (*Arch. gén. de méd.*) — Deuxième mémoire sur l'emphysème généralisé (pulmonaire médiastin sous-cutané. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XXVII.) — Statistique du croup à l'Hôpital des Enfants en 1859 et 1860. (*Arch. gén. de méd.*) — 1864. Séméiotique des maladies de l'enfance. — 1867-1868. Recherches cliniques sur la chorée, le rhumatisme et les maladies du cœur chez les enfants. — 1872. Recherches anatomo-pathologiques sur la paralysie spinale de l'enfance. (Avec Damaschino.) — Recherches cliniques sur les maladies de l'enfance, t. I, 1872, t. II, 1883. Ce recueil contient la plupart des leçons faites par l'auteur et, entre autres, l'ensemble de ses recherches sur la température sur les enfants. — 1875. De la fonction du péricarde. (*Bull. de l'Acad. de méd.*) — 1879. Etude clinique sur les hémorrhagies dans la coqueluche (*Ibid.*) — Recherches cliniques sur la communication génitale des deux cœurs, par innoculsion du septum interventriculaire (*Ibid.*).

La collection des actes et bulletins de la Société médicale des hôpitaux contient un grand nombre d'articles de M. Roger, quelques-uns sur des cas rares, ainsi : *Observation de chorée chez une femme de 83 ans*; *Note sur rhino-nécrosie ou nécrose des cartilages de la cloison du nez* survenue d'une manière aiguë pendant la durée d'une affection générale fébrile, etc., etc. Il a collaboré au dictionnaire en 30 volumes, et a publié une traduction de l'ouvrage d'Annesley, *Sur le choléra indien*. Enfin, le *Bulletin de l'Académie de médecine*, dont la collection témoigne de la féconde et intelligente activité de M. Roger, contient, outre un nombre considérable de rapports intéressants, qu'il serait utile de réunir, plusieurs discours pleins de sensibilité vraie et de finesse exquise, dont la forme et le fonds ne laissent rien à désirer. Nous citerons entre autres le discours prononcé par lui aux obsèques de Rayet (1867), celui qu'il lut à Quimper, à l'inauguration de la statue de Laennec (1868); sa notice sur Blache (1871); son rapport général sur les prix de 1875 (1877); l'éloge de Barth (1877); l'allocution prononcée à l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Hirtz (1880); ses discours aux obsèques de Woillez (1882); de Bouillaud (1885), etc.

A. D.

NOUVELLES

Facultés et écoles des départements.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le docteur Rondot, agrégé libre, est rappelé à l'exercice pendant l'année scolaire 1891-1892.

Faculté de médecine de Lille. — M. le docteur Carlier est institué, pour trois ans, chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Brulant, dont le temps d'exercice est expiré.

Ecole de médecine de Tours. — M. Fleury, suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de médecine d'Alger, est nommé, à partir du 1er novembre 1891, professeur de pharmacie et matière médicale.

Corps de santé militaire.

Les médecins militaires dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci après :

M. Collin, méd.-maj. de 1re classe, à l'hôpit. milit. de Sedan (méd.-chef), pour l'hôpit. milit. de Lille. — M. Billet, méd.-maj. de 1re classe au 115e rég. d'inf., pour le 5e rég. du génie. — M. Blanc, méd.-maj. de 1re cl. au 27e rég. d'art. désigné pour l'hôpit. milit. de Versailles. Maint. au 27e rég. d'art. — M. Klein, méd.-maj. de 1re cl. à l'hôpit. milit. de Givet (méd.-chef), pour l'hôpit. milit. de Sedan. — M. Letellier, méd.-maj. de 1re cl., dés. pour le 27e rég. d'art. (n'a pas rejoint), pour le 115e rég. d'inf. — M. Spite, méd.-maj. de 2e cl. au 2e rég. de tirail, algér., pour le 45e rég. d'inf. — M. Tisserant, méd.-maj. de 2e cl., aux hôpit. milit. de la division d'Alger, dés. pour le 45e rég. d'inf. (n'a pas rejoint). Maint. aux hôpit. milit. de la div. d'Alger.

— Le concours pour une place de chirurgien à l'hopital de Berck-sur-Mer vient de se terminer par la nomination de M. le Dr Ménard, ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

— Par décret, est déclarée d'utilité publique la création, à Châtillon, d'une station pour les efnants athreptiques et syphilitiques du département de la Seine.

— Par arrêté du préfet de la Seine, il est institué une commission chargée d'étudier les questions se rattachant à la création d'un Institut médico-légal à Paris et d'élaborer un programme destiné à servir de hase à la rédaction d'un projet.

MM. les docteurs Brouardel et Motet font partie de cette commission.

— M. le docteur F. Lagrange est chargé d'une mission scientifique en Allemagne et en Autriche, à l'effet d'y poursuivre ses études relatives à la gymnastique médicale.

— M. le docteur Lejard (de Paris) est chargé d'une mission en Espagne, à l'effet d'y poursuivre ses recherches relatives au traitement de la scrofule et de la tuberculose.

Cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie. (*Année scolaire* 1891-92, 1er semestre.) — M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la Médecine et de la Chirurgie, le samedi 14 novembre 1891, à 4 heures (Petit-Amphithéâtre), et le continuera les mardis, jendis et samedis suivants, à la même heure.

Dans sa première leçon, le Professeur résumera la biographie et les œuvres de Thomas Sydenham.

Maladies des enfants. — Le Dr Legroux, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Trousseau, reprendra dans cet hopital ses leçons de clinique infantile, le mercredi 18 novembre, à 3 heures 1/2, et les continuera le mercredi de chaque semaine à la même heure, pendant l'année scolaire 1891-92.

Visites le matin, 9 heures, salles Rouvier et Archambault, consultations les mardis et vendredis à 10 heures.

Hôpital Trousseau. — Le Dr Legeroux, prof. agrégé, méd. de l'hôpital Trousseau, reprendra dans cet hôpital les conférences cliniques infantiles le mercredi 18 novembre à 3 h. 1/2 et les continuera les mercredis de chaque semaine, à la même heure pendant l'année scolaire 1891-92. — Visite le matin, salles Bouvier et

Archambault, à 9 heures. -- Consultations les mardis et vendredis à 10 heures.

Les élèves pharmaciens. — L'association syndicale des élèves en pharmacie a tenu hier soir, à onze heures, sa première assemblée générale.

Cette association a pour but de faciliter aux élèves l'achèvement de leurs études et d'arriver à une modification des heures de travail, et, quoique de formation récente, a déjà réuni plus d'une centaine d'adhérents.

La séance de ce soir, dans laquelle il a été donné lecture des procès-verbaux des précédentes réunions préparatoires, a été terminée par l'élection du conseil.

Réunion de l'Association médicale britannique en 1892.—La soixantième session de l'Association médicale britannique aura lieu à Nottingham du 26 au 29 juillet 1892.

Congrès hispano-anglo-américain en 1893. — Un *Congrès médical intercontinental*, auquel participeront les Etats hispano-américains et anglo-américains, se tiendra à Washington au mois d'octobre 1893, sous la présidence de M. le professeur William Pepper (de Philadelphie). Un secrétaire anglais et un secrétaire espagnol seront attachés à chaque section.

— Les obsèques du docteur Roger, ancien président de l'Académie de médecine, président de l'Association générale de médecine de France, ont eu lieu mercredi 18 septembre, avec un concours considérable de médecins et de notabilité diverses Notre éminent confrère avait exprimé le vœu qu'aucun discours et aucun des honneurs officiels auxquels il avait droit n'eut lieu. — Les cordons du char funèbre étaient tenus par MM. Tarnier, président de l'Académie de médecine, Bergeron, secrétaire perpétuel, Brouardel, doyen de la Faculté ; Baron-Larrey, ancien agrégé ; Peyron, directeur de l'Assistance publique ; Labbé et de Saint-Germain, chirurgien des hôpitaux ; Lannelongue, vice-président de l'association générale.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — En vue de développer les relations de la Métropole avec la Tunisie, la Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée vient de créer une agence commerciale à Tunis.

M. du Fresnel, 10 rue Es-Sadikia, chargé de cette agence, est à la disposition des négociants et des industriels qui pourront lui demander tous renseignements utiles.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 1er AU 7 NOVEMBRE 1891.

Fièvre typhoïde, 9. — Variole, 0. — Rougeole, 1. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 3. — Diphtérie, croup, 25. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 209. — Autres tuberculoses, 34. — Tumeurs cancéreuses et autres. 58. — Méningite, 31. — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 39 — Paralysie, 8. — Ramollissement cérébral, 14. — Maladies organiques du cœur, 49. — Bronchite aiguë et chronique, 47. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 61. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 58. — Fièvre et péritonite puerpérales. 6. — Autres affections puerpérales, 3. — Débilité congénitale, 36. — Sénilité, 25. — Suicides et autres morts violentes, 29. — Autres causes de mort, 163. — Causes inconnues, 14. — Total 924.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

62e Année. 7e Série. Tome VIII N° 48 28 novembre 1891

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F DE RANSE

Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

SUR L'IMPLANTATION DE FRAGMENTS VOLUMINEUX D'OS DÉCALCIFIÉS POUR COMBLER LES PERTES DE SUBSTANCE DU SQUELETTE (1).

Par M. Le Dentu.

La greffe osseuse proprement dite, au moyen de fragments d'os vivant, est loin d'avoir réalisé les espérances que l'on avait fondées sur elle. La plupart du temps, ces fragments se résorbent peu à peu, ou bien sont éliminés comme corps étrangers, et, même lorsqu'ils paraissent avoir conservé toute leur vitalité, ils n'exercent sur les surfaces avec lesquelles ils sont fusionnés qu'une action de présence, n'aboutissant qu'à une lente réparation. Si on les emprunte à un animal, leur disparition est encore plus rapide que si on les prend sur le sujet opéré ou sur un autre sujet, et, dans ce dernier cas, on s'expose à greffer sur un organisme sain des os syphilitiques ou tuberculeux. Il n'est donc pas surprenant que l'on ait essayé de remplacer la greffe osseuse vivante par la greffe d'os décalcifié et aseptique.

Les premières tentatives, dans cette voie nouvelle, ont été faites par Senn, de New-York. En 1889, ce chirurgien publiait les observations de dix malades chez lesquels il avait comblé des cavités osseuses avec des petits copeaux d'os décalcifié ; cette façon de procéder lui avait donné de bons résultats. Au mois de mars 1891, paraissait un travail de Kümmel, de Hambourg, sur le même sujet. Le chirurgien allemand, enhardi par les succès de Senn, avait remplacé de petits os longs, comme les métacarpiens et les métatarsiens, par des fragments d'os décalcifié de longueur égale.

Allant plus loin encore, j'ai pensé que l'implantation de très volumineux fragments pourrait être suivie de résultats aussi favorables, dans les cas où il y aurait à combler des pertes de substance de grandes dimensions. Une résection du tibia et du péroné, à la partie inférieure de la jambe, me fournit la première occasion de vérifier l'exactitude de ces prévisions.

L'opéré était un jeune homme de 16 ans, atteint d'ostéite tuberculeuse depuis l'âge de quatre ans. Plusieurs fistules livraient passage à du liquide séro-purulent. Les deux malléoles étaient hypertrophiées. Toute mobilité avait disparu du côté de l'articulation tibio-tarsienne. Un pied bot talus commençant, compliqué de pied creux, contribuait, avec les lésions osseuses, à rendre la marche impossible. Le membre malade, atrophié depuis le haut de la cuisse, était notablement plus court que celui du côté opposé.

Le 8 mai 1891, je réséquai 7 centim. du tibia et du péroné, qui étaient soudés ensemble. Après avoir détruit et extirpé les fongosités et abrasé la face supérieure de l'astragale, je

(1) Communication à l'Académie des sciences, séance du 16 nov. 1891.

FEUILLETON

UNE MISSION EN ESPAGNE EN 1891

(Suite) (1)

§ 2. — *L'assistance à domicile.*

I

Il n'est pas de commune espagole, si pauvre qu'elle soit, qui, d'après les lois de bienfaisance du pays, ne doive posséder, réduit à sa plus simple expression, un asile disposé pour des secours momentanés aux blessés, ou pour la réception des malades ou infirmes, jusqu'au moment où ils seront envoyés à l'établissement provincial le plus voisin (article 88 de la loi de 1849).

L'article 88 du règlement du 14 mai 1852, dit que ces établissements pourront être aussi simples que possible, eu égard à la pauvreté de la commune ; ils comprendront « une salle de réception, une chambre avec deux lits, une voiture ou tartane, et deux chevaux bien entretenus ».

L'article 89 demande que, dans les communes aisées, l'installation de ces maisons de secours soit digne de la ville, et qu'elles puissent même garder les malades ou blessés, s'il y a danger à les transporter ailleurs.

L'article 90 y insiste en disant que les secours et l'hospitalisation à domicile constituent l'objet véritable et essentiel de la bienfaisance municipale.

La plupart du temps ce sont des médecins municipaux qui font le service de ces asiles, qu'on appelle maisons de secours (casas de socorro), et j'aurai à étudier cette organisation de la médecine municipale et par conséquent les conditions de l'assistance à domicile. Mais auparavant je voudrais dire un mot des « *Casas de socorro* » elles-mêmes.

La loi, en en prescrivant l'installation dans chaque ville, indique qu'elles seront composées d'une petite pièce pour le pansement, d'une autre contenant quatre lits au moins, d'une salle de consultation, d'une chambre à coucher pour le médecin de garde, d'une autre pour l'aide (*practicante*, praticien, à peu près analogue à un

(1) Voir les numéros 46 et 47.

remplaçai les os enlevés par un fragment unique d'os de veau décalcifié, également de 7 centim. Par dessus ce fragment, le périoste et les téguments furent suturés avec soin, si bien qu'une fois l'opération terminée, le membre avait recouvré sa forme normale. Un appareil plâtré immobilisa le pied et la jambe pendant la suite du traitement.

Le premier pansement put rester quinze jours en place saus que la température s'élevât jamais au-dessus de 38°; au quinzième jour il fallut désunir un peu l'une des plaies pour laisser s'écouler une assez grande quantité de sérosité louche. Le 21 juin, six semaines après l'opération, on pouvait constater un commencement d'ossification évident au niveau de l'implantation. Le 15 août, trois mois après l'intervention, le malade quittait l'hôpital, marchant avec un appareil silicaté.

Actuellement la consolidation est parfaite; entre l'extrémité inférieure de l'os nouveau et la face supérieure de l'astragale, s'est constituée une articulation mobile dans tous les sens. Par précaution, l'opéré marche avec un brodequin muni de tuteurs latéraux, avec lequel il peut faire plusieurs kilomètres sans fatigue.

L'application de cette méthode a été faite par moi chez neuf autres malades, dont on trouvera l'histoire détaillée dans la thèse de M. Buscarlet (12 novembre 1891), ainsi que des expériences sur ce que deviennent les os ainsi transplantés.

Quant à la préparation de ceux-ci, voici comment on y procède :

Sur un animal que l'on vient de tuer (bœuf, veau, mouton, chevreau), on prend des os que l'on dépouille immédiatement de leur périoste et de leur moelle. Le fémur et le tibia du bœuf, qui possèdent une épaisse couche de tissu compact, sont les meilleurs. Coupés en fragments de différentes dimensions, ces os sont plongés dans une solution d'acide chlorhydrique au dixième, pendant une huitaine de jours. Une plus longue macération les priverait de la fermeté nécessaire pour le rôle de soutien ou squelette provisoire qu'ils auront à remplir. Ils sont alors lavés à l'eau pure, laissés pendant vingt-quatre heures dans une solution de sublimé, puis conservé dans l'éther iodoformé.

Conclusions. — Substitués à un fragment d'os long où à un os tout entier, les fragments d'os décalcifiés remplissent le rôle d'un soutien temporaire qui, avant sa disparition, laisse au périoste ou aux tissus osseux le temps de reconstituer un os nouveau. La jeunesse du sujet, la conservation d'un étui périostique ou d'une gouttière osseuse, l'ablation aussi complète que possible des parties malades (substances osseuses ou fongosités), sont des conditions particulièrement favorables au succès. L'antisepsie la plus rigoureuse est nécessaire.

La méthode peut trouver son application dans les circonstances suivantes :

1° Résections de petits os longs ou d'os courts entiers, pour tuberculose, ostéomyélite, tumeurs, etc ;

2° Résections des os longs dans la continuité (fractures compliquées, tumeurs, etc.) ;

3° Évidements, pour ostéomyélite ou tuberculose ;

4° Trépanation du crâne (pour blessures, tumeurs, etc.) ;

5° Traitement opératoire des pseudarthroses.

OBSTÉTRIQUE

DE L'ACCOMODATION EN OBSTÉTRIQUE (1)

Travail lu au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences (Marseille, septembre 1891).

Par le Dr Marius Rey.

Le travail que j'ai l'honneur de présenter a uniquement pour objet l'étude du mécanisme du mouvement de *rotation interne* du fœtus, troisième temps de l'accouchement.

Ce mouvement de rotation qui sollicite le fœtus dans son ensemble est sans contredit un des phénomènes mécaniques les plus intéressants de l'obstétrique et les accoucheurs ont cherché à en pénétrer la cause. Des théories nombreuses ont été proposées mais, « il faut convenir, avec Depaul, qu'elles n'ont pas eu grand succès et qu'elles sont pour la plupart insuffisantes, incomplètes, et se détruisent quelquefois l'une l'autre » (2).

Dans toutes ces théories les auteurs ont admis que le mouvement du tronc du fœtus était accessoire, était la conséquence de celui exécuté par la tête. Nous pensons qu'il n'en est pas ainsi; nous pensons, tout au contraire, que c'est le tronc qui

(1) Voir : De Soyre, *Thèse de Paris* 1869. — Martel, *Thèse pour l'Agrégation* 1878.

(2) Depaul *Leçons de clinique*, page 486.

---

interne), enfin d'une pièce pour magasin, vestiaire, lingerie, etc.

Dans chacune de ces maisons, il y aura, deux médecins nommés au concours et qui seront de garde à tour de rôle, soit pour être prêts à soigner les malades qu'on leur amènera, soit pour donner des consultations gratuites.

La maison de secours est sous la direction de l'alcalde assisté de trois conseillers municipaux. C'est à cette autorité, que le médecin le plus ancien doit rendre compte de tout ce qui se passe dans l'établissement (statistique et nature des secours, comptes, etc.).

La maison est munie de moyens de transport pour les malades ou blessés qui tombent dans la rue, et qu'il y a lieu de transporter soit à la maison de secours, soit à l'hôpital, soit à domicile ; généralement ils passent par la maison, avant d'aller à une des autres destinations. Dans les grands villes, les maisons ont un téléphone, permettant de communiquer avec l'hôpital, l'autorité, ou les particuliers.

La loi qui prescrit l'installation de ces asiles, n'a pas été toujours obéie. L'État s'était d'abord chargé de leur installation et de leur entretien. Un règlement récent les met à la charge des villes ; et cependant toutes n'en ont pas organisé elles-mêmes ; dans certaines on n'a pu en avoir que grâce à la générosité d'enfants du pays. Santander, ville de 41.000 habitants, en est dépourvu ou, plutôt, ce que l'on connaît sous ce nom manque de médecin.

Voici un aperçu du nombre des cas soignés dans quelques villes, et que je trouve au Bulletin officiel, publié chaque mois par la direction générale, l'analogue par toute l'Espagne du Bulletin mensuel, que publie mensuellement pour Paris, mon distingué confrère et ami le Dr Bertillon.

A Séville, ville de 143.182 habitants, il y a depuis 1870, trois maisons de secours dont l'une dans le faubourg populeux et industriel de Triana. Les frais, pendant l'année 1890, se sont élevés à 42.955 fr. Les deux maisons urbaines ont eu à soigner 3.241 cas de maladies internes, 4.000 cas de maladies externes, 2.904 accidents; 1.858 opérations ont été faites.

Pour la maison du faubourg, il y a eu : malades internes 1.630, externes 2.012, accidents 1.698, opérations 1.100

On voit que la proportion est plus forte pour le quartier populeux et industriel. La totalité des cas dans lesquels ont eu à inte

donne à la tête l'impulsion première qui décide du sens suivant lequel elle doit tourner.

Avant de développer notre sujet, il convient de s'arrêter un moment sur la *loi d'accommodation* posée par M. Pajot et sur la théorie professée par M. Tarnier.

La *loi d'accommodation du travail*, énoncée en 1857 par M. Pajot, est le résultat d'une généralisation. C'est la synthèse du mécanisme de tous les accouchements. Cette synthèse, qui a éclairé d'un jour nouveau la science obstétricale, l'éminent professeur de Paris l'a présentée simple et brillante. Sa formule exprime un fait et un fait capital, mais, ainsi que le remarque Hubert, de Louvain, « elle n'en précise pas la cause (1) ».

La théorie de M. Tarnier se trouve exposée dans son traité d'accouchement en ces termes : « 1° la rotation ne se produit que lorsque la flexion est complète; 2° dès que la tête est fléchie et engagée, elle est, par suite de l'inclinaison du plancher du bassin, projetée en bas et en avant. Cette projection se fait de telle sorte qu'une des bosses pariétales plus saillante que le reste de la tête vient proéminer dans l'intervalle qui sépare les branches ischio-pubiennes, et cela, qu'il s'agisse d'une occipito-antérieure ou d'une occipito-postérieure. Pour bien se rendre compte de ce fait il faut placer une tête dans un bassin osseux ; on voit alors nettement qu'après la flexion et l'engagement de cette tête, quelle que soit la position primitive, la bosse pariétale prend la position que nous venons d'indiquer. La tête est ainsi poussée par les contractions utérines contre le périnée et la paroi antérieure du bassin ; réciproquement elle subit de la part de ces parties une pression dirigée d'avant en arrière qui se répartit uniformément sur le crâne. Or, la portion du crâne située entre le front et la bosse pariétale est plus étendue que la partie située entre cette bosse et l'occiput; elle subira, par conséquent, une pression plus grande et sera portée en arrière quand la tête progressera; c'est-à-dire que le front tournera vers le sacrum et, par conséquent, l'occiput vers le pubis. La rotation s'explique donc comme la flexion par l'inégale longueur de deux bras de levier (2) ».

Cette théorie est absolument contraire aux principes de la mécanique; elle n'est donc pas acceptable.

(1) Hubert, *Cours d'accouchement*, page 410.
(2) Tarnier et Chantreuil. *Traité de l'art des accouchements*, pages 643-644.

« J'avoue, écrit M. Auvard dans son traité d'accouchement, page 250, n'avoir qu'imparfaitement compris cette théorie; à la poussée antérieure répond une postérieure où les leviers présentent les mêmes rapports, et qu'on doit annihiler la première. »

La critique est brève et sans réplique.

Revenons cependant sur le texte cité.

Si chaque cent. carré de la surface cranienne supporte une pression égale *et de même sens*, il est parfaitement évident que plus la portion du crâne considérée sera étendue, plus grande sera la somme des composantes agissant sur ladite portion, mais comme elles ont toutes le même sens, la même direction, le mouvement communiqué sera un mouvement d'ensemble et suivant la direction primitive. Le crâne en totalité se trouve entraîné suivant cette direction, mais ne peut pas tourner. Une résistance qui s'oppose au mouvement d'une portion du crâne est indispensable pour qu'il y ait déviation. Cette résistance où est-elle placée.

Tout levier suppose un point d'appui. Où se trouve le point d'appui du levier de M. Tarnier? Si ce point d'appui existe il faudrait l'indiquer. Ceci est de beaucoup plus important que de savoir qu'une portion du crâne est plus étendue en surface qu'une autre. Comment la bosse pariétale placée entre les branches ischio-pubiennes pourrait-elle devenir le point d'appui? En mécanique, on ne peut pas se payer de mots comme trop souvent on l'a fait en clinique.

La réaction exercée par le bassin en avant de la tête fœtale dont la portion occipitale et la portion frontale sont en rapport avec les branches ischio-pubiennes est égale à l'action produite et ne saurait se décomposer en *deux composantes* parallèles de *sens contraire* en aucun cas. Dès lors toute rotation est impossible à comprendre. Comment expliquer la *rotation en arrière*?

Pour l'auteur, enfin, si l'on s'en tient aux termes cités, la rotation ne serait possible et ne s'accomplirait que quand la tête est en rapport avec le plancher périnéal. La théorie repose tout entière sur ce fait. Or, rien n'est moins exact. La rotation de la tête s'effectue le plus souvent pendant la *descente*, avant tout rapport avec le périnée. Comment l'expliquer?

La théorie, en question inexacte quant aux principes de la mécanique, l'est aussi en ce qui concerne l'observation clinique.

---

venir les maisons de secours à Séville est donc de 15.453. Il y a en 2.958 opérations.

En outre pour le premier trimestre de 1891, le nombre des cas a été de 876 en janvier, 1.121 en février (époque du carnaval), 282 en mars. Barcelone, ville beaucoup plus importante (277.000 habitants), a présenté pendant ces mêmes mois 310, 435 et 307 cas. Alicante, port marchand de 32.563 âmes en a donné 161.170.208.

Dans son excellente monographie sur Séville, M. Hauser, faisant la statistique des maisons de secours de cette ville, trouvait que le minimum des cas se présentait en hiver et le maximum en été, et il expliquait cette supériorité par ce fait que, dans cette dernière saison, les marchés sont moins abondamment pourvus, à cause de l'exportation des produits du sol, qu'il y a plus d'occupations pour les ouvriers du bâtiment, que la taverne est plus fréquentée pour le jeu et la boisson ; qu'enfin la chaleur tropicale qui règne alors (en août 1891, on a observé 44°) rend les têtes plus chaudes et l'humeur plus batailleuse. Inutile de dire que les casas de socorro établies dans chacune des dix districts de Madrid sont fort bien installées et dirigées; j'ai pu m'en convaincre dans une visite faite en la compagnie de mon confrère, le Dr Espina, médecin distingué de l'hôpital provincial, et sur laquelle je reviendrai.

Je vais maintenant arriver aux médecins municipaux.

II

Un vieux livre très curieux de Cristobal Perez de Herrenera, paru en 1598 et intitulé : Discours sur la protection des pauvres vrais (legitimos pobres), fait allusion à l'assistance des pauvres honteux qu'il voudrait voir organiser par toute l'Espagne, comme elle l'est déjà à Victoria, Lisbonne, Valence et à Madrid, par les soins des confréries de la Miséricorde.

Il s'agit d'associés qui vont visiter les pauvres deux fois par semaine, les consolent et leur donnent une carte, laquelle est remise au médecin ou au chirurgien salarié qui les visite à son tour, avec deux barbiers, et leur donne en secret des remèdes, un petit pain, une demi-livre de viande et huit maravedis pour acheter des œufs, le tout appuyé d'un certificat de confession, sauf, si la maladie se prolonge, à ajouter des oiseaux, des biscuits et des conserves; s'occupe aussi de l'administration des derniers sacrements et en

Rappelons, sans tarder, quelques dispositions anatomiques qui nous aideront dans notre exposé.

« Dans le sexe féminin le grand bassin est plus évasé, les fosses iliaques sont plus aplaties; les crêtes iliaques plus déjetées en dehors et moins sinueuses. Chez la femme le promontoire est moins saillant, le sacrum est plus large et plus court; la paroi postérieure de l'excavation est plus concave, plus régulière, la paroi antérieure, plus étendue transversalement, est moins élevée (1). »

Chacune des parois latérales de l'excavation a été divisée en deux portions ou plans inclinés, l'un antérieur et l'autre postérieur, séparés l'un de l'autre par une ligne verticale qui passe sur la base des épines sciatiques; la paroi postérieure de l'excavation mesure en ligne droite, de l'angle sacro-vertébral au sommet du coccyx, de 11 centim. à 12 centim. et dans le sens transversal 11 centim. à 11 centim. 1/2. La hauteur de la paroi antérieure au niveau de lasymphyse pubienne est de 4 centim. à 5 centim., celle des parois latérales de 9 centim. à 10 centim.

Rapprochons de ces chiffres quelques diamètres de la tête fœtale :

Diamètre O.F........	12 centim.
— O.M........	13 —
— F.M........	8 —
— L.Br........	9,5 —

Ainsi, quand la tête repose sur un périnée résistant, les épaules sont situées au-dessus du plan du détroit supérieur.

Le détroit supérieur sépare le grand bassin du petit bassin. Dans la station debout, son plan fait avec l'horizon un angle de 60 centim. qui regarde en avant vers l'ombilic. Garni de ses parties molles il présente une surface arrondie, saillante, dont le plus grand diamètre reste transversal.

Quelle est la disposition des muscles psoas et iliaque?

Le petit psoas, situé au-devant du grand psoas, l'accompagne et se termine à l'éminence iléo-pectinée; le grand psoas s'étend du corps de la douzième vertèbre dorsale au petit trochanter; il atteint sa plus grande épaisseur sur le détroit supérieur. La surface formée par les deux muscles est inclinée *en bas, en avant, en dehors*. Cette disposition est fort importante à retenir.

Le muscle iliaque recouvre la fosse iliaque interne et offre une surface concave tournée dans la partie postérieure en bas et en avant, et dans sa partie latérale en has et en dedans. (*Sappey. An. descrip.*, page 266.)

La force ou *vis à tergo* qui agit sur le fœtus est la résultante des contractions *utéro-abdominales*; le sens de cette force est donc essentiellement variable. On peut admettre, d'une façon générale que ce sens se rapproche toujours d'une ligne qui se dirigerait de haut en bas, d'avant en arrière et perpendiculaire au plan du détroit supérieur. Cette ligne est oblique par rapport à la surface des muscles *psoas et iliaque* et l'angle obtus formé regarde *en bas et en avant*. C'est là un fait capital.

Les deux propositions de mécanique, d'ailleurs fort simples qui servent à étayer notre raisonnement, peuvent s'énoncer de la façon suivante :

1° Quand un corps sollicité par une force rencontre un plan résistant dans un sens perpendiculaire à ce plan, il s'arrête;

2° S'il rencontre le plan résistant dans un sens oblique, il continue son mouvement du côté de l'angle d'incidence le plus grand, c'est à-dire, de l'angle obtus.

Etudions maintenant le mécanisme de la *rotation interne*. Nous considérerons le fœtus successivement en *présentation de la tête : sommet* et *face* et en *présentation* du *siège*.

1° SOMMET.

a. — La tête en présentation du sommet, en position gauche antérieure O.I.G.A. repose sur le périnée.

Quels sont les rapports du fœtus avec le détroit supérieur et le grand bassin.

La région sous occipitale est au niveau de l'éminence iléo-pectinée gauche; l'épaule droite, en avant, est au-dessus du bord supérieur du pubis; l'épaule gauche en arrière, au-dessus du plan du détroit supérieur reposesur le muscle psoas gauche, ainsi que la fosse sus-épineuse gauche.

L'angle formé par le plan dorsal du fœtus avec la fosse iliaque interne est obtus et regarde en bas et en dedans; l'angle formé par le plan latéral gauche avec la surface du muscle psoas gauche est obtus et regarde en bas en avant et en dehors. Dans ces conditions, que la *vis à tergo* sollicite le fœtus, ce qui se passera est facile à prévoir; la moitié postérieure du fœtus, épaule gauche, sera entraînée en bas, en avant et en dehors, et le fœtus tournera jusqu'à ce que le plan dorsal devienne antérieur. A ce moment, la rotation s'arrête

(1) TARNIER et CHANTREUIL, *Traité de l'art des accouchements*, page 42.

---

cas de mort les fait enterrer avec le linge et les cierges qu'on tient en réserve pour cet objet. Et l'auteur ajoute que si le malade ne peut se faire soigner à domicile, on l'envoie dans une infirmerie spéciale ou, s'il ne s'agit pas de maladies contagieuses, à l'hôpital d'Anton-Martin, où l'on donne chaque jour un réal (vingt-cinq centimes) par malade; à l'infirmerie, est attaché un majordome marié qui est aidé de sa femme, d'un domestique et d'une servante.

J'ai tenu à citer ce passage qui montre ce qu'était l'assistance publique en Espagne, il y a trois siècles. J'arrive à ce qui se fait de nos jours, c'est-à-dire aux médecins municipaux qu'on appelle médecins titulaires, ou de *partidos*.

On verra que cette organisation est celle qui est connue en France sous le nom de médecine cantonale, et qui n'existe, d'ailleurs que dans la moitié environ de nos départements. En Espagne, cette médecine est plus généralisée et fonctionne assez convenablement dans les plus petites villes, mais, comme on le verra, les règlements imposent certaines conditions aux médecins titulaires, leurs honoraires sont quelquefois très médiocres et forcent le praticien à exercer une profession à côté.

Je connais un médecin d'un petit village de la frontière qu'un de nos confrères français trouva occupé à labourer sa terre. Interrogé là-dessus, le médecin espagnol répondit qu'obligé par le règlement à ne pas s'éloigner sans l'autorisation du maire, et brouillé avec ce magistrat, il ne pouvait exercer en dehors de sa commune, et était contraint de demander au travail manuel de quoi suffire à ses besoins et à ceux de sa famille.

L'article 66 de la loi de 1866 crée des médecins municipaux chargés du soin des indigents, et autorise les communes trop pauvres à s'associer à d'autres pour payer ce médecin. Les honoraires de celui-ci sont réglés par contrat et le paiement en est obligatoire pour les municipalités. On prescrit aux médecins titulaires de ne pas s'absenter en cas d'épidémie, ils doivent, dans les autres cas, prévenir la municipalité de leurs absences. Une pension de 500 à 1.250 francs est donnée à chaque médecin devenu incapable de travailler, par suite des services rendus dans une épidémie, et pour tout le temps que durera cette incapacité. Il en sera de même pour les médecins non titulaires qui auront prêté leurs services en temps d'épidémie. En cas de mort la pension est reversible sur les veuves.

L'article 79 de cette loi s'appuyant sur la liberté de la profession

car la *vis à tergo* n'a dans cette situation nouvelle du fœtus d'autre effet que de le pousser en bas et en arrière.

La tête participe à ce mouvement de rotation du tronc et cela avec d'autant plus de facilité que l'occiput reposant sur un plan résistant de l'excavation incliné en bas, en avant et en dedans, glisse suivant cette direction. Les deux mouvements imprimés au tronc et à la tête sont, dans ce cas, de même sens; la rotation est facile.

b.— La tête, en présentation du sommet en position gauche postérieure O.I.G.P. repose sur le périnée.

Quels sont les rapports du fœtus avec le détroit supérieur et le grand bassin?

La région sous-occipitale est en rapport avec le muscle psoas gauche, un peu en avant de l'articulation sacro-iliaque gauche; l'épaule droite, en avant, est au-dessus de l'éminence iléo-pectinée gauche; la fosse sus-épineuse droite repose sur le muscle iliaque gauche; l'épaule gauche, en arrière, ne repose pas sur l'articulation sacro-iliaque droite, mais sur le corps de la dernière vertèbre lombaire et sur le muscle psoas gauche. Le diamètre bis-acromial, en effet, étant perpendiculaire au plan médian antéro-postérieur du fœtus, ne peut pas coïncider avec un diamètre du bassin qui est oblique au dit plan, c'est-à-dire, avec le diamètre oblique gauche. Pour se convaincre mieux encore de ces rapports, il suffit de rappeler quelques dimensions.

Nous avons, en effet, d'un côté : 5 centim. 1/2 à 6 centim. pour la distance qui sépare le milieu de l'angle sacro-vertébral de l'articulation sacro-iliaque; d'un autre côté, 12 centim. pour le diamètre bis-acrominal. Mais ce diamètre peut facilement être réduit à 9 centim. 1/2 par compression (Tarnier). La moitié est donc de 6 centim. au maximum et peut se réduire à 5 centim.

Ces chiffres concordent. De plus, la distance du promontoire à la partie la plus élevée du plancher de la cavité cotyloïde mesure 9 centim. (diamètre sacro-cotyloïdien de Velpeau). Celle du promontoire à l'épine du pubis atteint 10 centim. (diamètre de Burns), — le diamètre bis-acromial du fœtus trouve entre ces deux diamètres des dimensions suffisantes pour se placer; l'épaule gauche, postérieure, repose donc en partie sur le promontoire; la fosse sus-épineuse gauche repose sur le muscle psoas gauche; l'angle formé par le plan dorsal du fœtus avec les muscles psoas et iliaque gauche, est obtus en bas, en avant et en dehors. Que la *vis à tergo* sollicite le fœtus, la moitié postérieure sera entraînée en bas, en avant et en dehors, le tronc du fœtus tournera.

Que deviendra la tête?

L'occiput est en rapport avec le plan incliné postérieur de l'excavation, qui regarde en avant, en dedans et en haut. Sollicité par la *vis à tergo*, il a une tendance à glisser, soit en bas, en dedans et en arrière, soit en bas, en dedans et en dehors; tout dépend de la direction de la *vis à tergo*, dont l'action se transmet par la colonne vertébrale. Admettons le glissement en arrière.

Ce glissement en arrière sera arrêté par la résistance du périnée. L'énergie de la rotation du tronc en avant suffirait pour corriger le mouvement de la tête.

Dans les positions postérieures, en résumé, le mouvement de rotation en avant sera plus laborieux; les deux mouvements imprimés au tronc et à la tête ne sont pas, en effet, nécessairement de même sens; mais le tronc présente une surface plus considérable que l'occiput; il reçoit donc de la *vis à tergo* une impression plus considérable et le mouvement qu'il exécute doit prédominer.

Il est bon de remarquer ici que la résistance du périnée est un facteur important du mécanisme de la rotation. L'expérience si connue de Paul Dubois est une preuve de ce fait et trouve ici son explication.

Paul Dubois place dans l'utérus d'une femme morte peu après être accouchée, un fœtus en position postérieure; des pressions sont exercées et le fœtus se dégage, l'occiput en avant. Trois fois le même résultat est obtenu. Une quatrième fois, l'occiput reste en arrière. Il prend alors un fœtus plus volumineux, et de nouveau la rotation en avant se produit. « Le mouvement de rotation ne cesse d'avoir lieu que lorsque le périnée et la vulve ont perdu la résistance qui le rendait nécessaire ou qui, du moins, en provoquait l'accomplissement. »

Quand, avec le premier fœtus, le mouvement de rotation ne se produit plus, c'est que le relâchement du périnée rend possible l'engagement. Avec un deuxième fœtus, plus volumineux, l'engagement n'a pas lieu et la rotation s'effectue.

Je dois remarquer également que la rotation du tronc a simplement pour résultat de mettre la tête en mouvement, de lui imprimer l'impulsion favorable. La rotation de la tête, ainsi provoquée, se continue et s'achève favorisée par la disposition des parties maternelles. Il ne faut donc pas s'étonner si parfois la rotation de la tête est plus complète que celle du tronc, ainsi que Schatz l'a constaté dans un cas.

Anomalies de la rotation.

1° L'occiput primitivement à gauche passe à droite.

Sous l'influence d'une poussée énergique, l'épaule postérieure dépasse l'extrémité gauche du diamètre transverse. La rotation s'exagère pour le tronc et pour la tête;

2° La rotation ne se fait pas. Il y a alors un commencement

---

déclare qu'aucun service public ne peut être demandé à un autre médecin que le titulaire, à moins de cas urgent et moyennant rétribution spéciale. Pour « maintenir la dignité médicale » l'article 80 prescrivait l'établissement d'une sorte de Jury médical dans chaque province avec règlement à établir par l'État. C'est l'analogue de l'ordre des médecins contre lequel se sont élevées en France tant d'objections.

En ce qui concerne les pharmaciens, la loi leur défend la délivrance d'aucun remède s'il n'est prescrit par une ordonnance de médecin écrite clairement, sans abréviation, correction, ou signes. On leur interdit de délivrer des médicaments « héroïques » à une dose supérieure à celle du Codex, à moins que le médecin consulté ne persiste et n'affirme à nouveau son ordonnance.

Les remèdes secrets sont interdits, mais ceux qui veulent trafiquer d'un remède par eux découvert doivent en demander le paiement par l'État, au moyen d'un mémoire que le gouvernement soumet à l'Académie de médecine; si l'inventeur n'est pas satisfait de la récompense, le gouvernement consulte le Conseil royal de santé et alors les effets et la composition du remède sont publiés dans la *Pharmacopée officielle*.

Laissant de côté le texte d'une nouvelle loi publiée le 24 octobre 1873, je dirai qu'un décret du 14 juin 1891 a modifié l'organisation que je viens d'esquisser; bien que faite sous l'inspiration d'une Commission médicale présidée par M. Matias Nieto Serrano, secrétaire de l'Académie de médecine et directeur du *Siglo medico*, elle a soulevé grand nombre de réclamations au sein de la profession médicale, et, pour faire un corps de ces réclamations, le *Siglo medico*, lui-même, organise un congrès de médecins « titulaires » qui se tiendra, au mois de décembre, à Madrid.

(*A suivre.*) Dr C. DELVAILLE.

d'engagement des épaules ou direction anormale de la *vis à tergo*;

3° La rotation se fait en arrière. Cela ne s'observe que dans les positions postérieures. Lorsque, par exemple, dans une position postérieure gauche, le dos est très en arrière, il peut arriver que l'action du muscle psoas droit prédomine. Cela peut encore s'expliquer par une résistance du périnée insuffisante. (Expériences de Paul Dubois.)

2° FACE.

Nous retrouvons le même mécanisme; mais au lieu des régions sus-épineuses, nous aurons à considérer les régions sus-claviculaires.

a. — La tête en présentation de la face, en position gauche antérieure, M.I.G.A. est engagée dans l'excavation.

Quels sont les rapports du fœtus, avec le détroit supérieur et le grand bassin.

Le larynx répond à l'éminence iléo-pectinée gauche. L'épaule gauche, en avant, est au-dessus du pubis, l'épaule droite, en arrière, repose sur le muscle psoas gauche; le plan latéral droit du fœtus fait avec le plan musculaire gauche maternel, un angle obtus en avant, en bas et en dehors. La *vis à tergo* aura donc pour effet d'entraîner en avant, en bas et en dehors l'épaule droite. Le fœtus tournera, le menton sera ramené en avant.

b. — La tête, en présentation de la face, en position gauche postérieure, M.I.G.P., est engagée dans l'excavation.

Quels sont les rapports du fœtus avec le détroit supérieur et le grand bassin?

Le larynx est au-dessus et en avant de l'articulation sacro-iliaque gauche. L'épaule gauche, en avant, repose sur la fosse iliaque interne, un peu en arrière de l'éminence iléo-pectinée gauche. L'épaule droite, en arrière, repose en partie sur le muscle psoas droit et le promontoire. La région sternale est en rapport avec le muscle psoas gauche, et la région sus-claviculaire gauche avec le muscle iliaque. L'angle d'incidence fait par le plan antérieur du fœtus avec les plans musculaires maternels est obtus en bas et en avant et a plus d'étendue à gauche qu'à droite; le fœtus tournera donc et le menton sera ramené en avant.

Présentation du siège.

La rotation se produit le plus souvent dans l'excavation même. Les plans inclinés de l'excavation sont facteurs de ce mouvement. Le plan incliné antérieur, résistant, de l'excavation, regarde en arrière en dedans et en haut. Le plan incliné postérieur regarde en avant, en dedans et en haut. Il résulte de cette disposition des plans résistants maternels que la partie fœtale, hanche postérieure, par exemple, en rapport avec le plan incliné postérieur gauche, sera entraînée en bas et en arrière, tandis que la hanche antérieure en rapport avec le plan incliné antérieur droit sera portée en bas et en avant, les deux mouvements combinés amèneront la rotation du fœtus.

La hanche qui se trouve la plus rapprochée de la symphyse pubienne se porte donc d'arrière en avant vers le pubis, tandis que la hanche postérieure se porte vers la concavité du sacrum. Le plus grand diamètre de la présentation pelvienne, le diamètre bifémoral, d'abord parallèle à l'un des diamètres obliques de l'excavation, finit ainsi par se placer dans la direction du diamètre coccy-pubien ou grand diamètre du détroit inférieur. Et ces mouvements se produisent parce que les plans fœtaux rencontrent sous un angle d'incidence favorable les plans maternels.

Ainsi le fœtus accommode sa forme et ses dimensions à la forme et aux dimensions des régions maternelles par un mécanisme toujours le même et d'une grande simplicité.

La force qui sollicite le fœtus est constituée par la contraction utéro-abdominale ou *vis a tergo*. Le sens du mouvement qui en résulte est déterminé, *et cela quels que soient les rapports du fœtus avec les régions maternelles*, par l'incidence des plans fœtaux sur les plans résistants maternels. La hauteur de la *présentation fœtale* ne peut en rien modifier le principe de mécanique.

Nous n'irons pas plus loin dans notre analyse, nous ne parlerons ni de décomposition des forces, forces dont il est impossible de préciser le sens; ni de levier, dont on ne trouve pas le point d'appui, dont on ignore la longueur des bras, le sens des forces qui les sollicitent, etc. Les mathématiques peuvent fournir les principes d'un instrument, et, quand il s'agit de le construire, donner de précieuses indications, dont on n'a pas toujours souci; elles ne sauraient, comme l'a dit Bichat, traduire en formule les phénomènes de la vie.

REVUE
DE THÉRAPEUTIQUE ET DE PHARMACOLOGIE

I. — SUR LE TUMÉNOL ET SUR L'EMPLOI QU'ON EN PEUT FAIRE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DE PEAU, par le Dr A. NEISSER. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 45, p. 1238.)

II. — TRAITEMENT DU CANCROÏDE PAR LES INJECTIONS D'HYDRATE DE CHAUX, par le Dr J. ROSSANDER (Communication à l'Académie royale des Sciences de Stockolm, analysée *in Centralblatt für Chirurgie*, 1891, n° 46.)

III. — SUR L'EMPLOI DU BLEU DE MÉTHYLÈNE COMME ANTI-NÉVRALGIQUE, par le Dr R. IMMERWAHR. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 40, p. 1147.)

IV. — SUR LE TRAITEMENT DE LA PARALYSIE AGITANTE PAR L'ATROPINE, par le Dr MORETTI. (*Wiener medicin, Presse*, 1891, n° 46, p. 1747.)

V. — ACTION ANTI-RHUMATISMALE DU DITHIOSALICYLATE DE SOUDE, par les Drs R. MAY ET F. VOIT. (*Deutsches Archiv für Klin. Medicin*, t. XLIX, fasc. I, p. 56, 1891.)

VI. — SUR LE TRAITEMENT DE LA GANGRÈNE PULMONAIRE, par le Dr O. HERTLEKE. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 40, p. 1130.)

I. — Le tuménol est un nouveau produit extrait par M. le Dr A. Spiegel des huiles minérales employées pour l'éclairage. Toutes les huiles minérales ont pour caractère commun de contenir une certaine classe de corps, qui réagissent à l'action de l'acide sulfurique, mais ne doivent pas pour cela être tous considérés comme des impuretés; ce sont des hydrocarbures non-saturés, qui ont fourni la substance mère de l'acide tuménol-sulfonique. Ils ont la propriété de fournir des dérivés moins saturés encore, quand on les soumet à l'oxydation. Voici d'ailleurs comment procède M. Spiegel pour obtenir le tuménol ou acide tuménol-sulfonique.

On agite l'essence minérale avec une lessive de soude, pour la débarrasser de ses créosotes et de ses acides, puis avec de l'acide sulfurique à 70 0/0, pour la débarrasser de ses bases et de ses corps pyrrholiformes. L'action de l'acide sulfurique s'exerce sans qu'il y ait formation d'acide sulfureux et sans que les substances mères de l'acide tuménol-sulfonique soient attaquées.

Lorsque ensuite on traite l'essence minérale par de l'acide

sulfurique concentré, sous l'influence des oxydations qui se produisent, certaines des parties constituantes sont sulfonées. Il se dépose une masse sirupeuse acide qui, lavée avec de l'eau et une solution de sel de cuisine, fournit un produit d'autant plus riche en acide sulfonique et d'autant plus pauvre en sulfone qu'on a employé un acide sulfurique plus concentré.

Pour séparer le sulfone de l'acide, on lave le produit de la sulfonation avec une lessive de soude afin de le transformer en sel, et on extrait celui-ci avec de l'éther, jusqu'à ce que l'éther cesse de se colorer. La solution éthérée renferme le sulfone, et la solution aqueuse le sel sodique de l'acide sulfonique. En soumettant la première à des lavages répétés avec de l'eau d'abord, puis avec de l'acide chlorhydrique dilué, on obtient le sulfone à l'état de liquide consistant, d'un jaune foncé, qui se dissout facilement dans la solution aqueuse de l'acide tuménol-sulfonique. Traité par l'acide sulfurique fumant, ce sulfure se transforme en acide sulfonique.

D'autre part, en traitant par l'acide chlorhydrique la solution de sulfonate de soude, en procédant ensuite à des lavages répétés avec l'acide chlorhydrique dilué, jusqu'à disparition de tous les sels, et en soumettant le résidu à la dessiccation au bain-marie pour éliminer l'acide chlorhydrique et l'eau, on obtient l'acide tuménol-sulfonique, dont voici les caractères pharmacologiques :

C'est une poudre d'une teinte foncée, d'un goût amer tout à fait particulier, qui se décompose sous l'influence de la chaleur en se boursouflant. Cette poudre est très soluble dans l'eau, et quand on évapore la solution, elle prend une consistance d'extrait sans fournir de dépôt. Les acides et les sels la précipitent de ses dissolutions. D'autre part, quelle que soit sa provenance, l'acide tuménol-sulfonique additionné à une solution de gélatine fait apparaître un dépôt élastique semblable à du caoutchouc, qui se laisse étirer en fils. Les sels alcalins de l'acide tuménol-sulfonique sont très solubles dans l'eau; le chlorure de sodium les précipite à la manière des savons. Les combinaisons salines formées par l'acide tuménol-sulfonique avec les bases alcalino-terreuses et les oxydes des métaux lourds sont insolubles dans l'eau, sauf les combinaisons stibiées et hydrargiriques. Enfin, un des caractères essentiels du nouveau produit est la facilité avec laquelle il s'oxyde.

A ces détails fournis par M. Spiegel, M. Neisser a ajouté ce qui suit :

Le tuménol renferme deux corps distincts, à savoir : 1° le tuménol-sulfone, de consistance oléagineuse, et que, pour ce motif, Neisser propose d'appeler huile de tuménol et 2° l'acide tuménol-sulfonique, qui se présente à l'état sec, tuménol en poudre, dont la préparation est assez coûteuse.

Pour les besoins de l'expérimentation clinique, M. Neisser a employé une teinture de tuménol, préparée en dissolvant ce produit dans un mélange à parties égales d'éther sulfurique et d'alcool de vin rectifié, mélange additionné d'eau ou de glycérine.

Ces deux teintures, aqueuse et glycérinée, renferment environ 10 0/0 de tuménol. Elles se dessèchent très facilement; pour la teinture aqueuse cette dessiccation est complète, pour la teinture glycérinée, elle s'effectue avec formation d'un enduit gras, qui fixe solidement les poudres médicamenteuses.

Ces teintures, ainsi que le tuménol en poudre, ont servi à la préparation de pommades, de pâtes, d'emplâtres, qui ont été employés avec succès dans les circonstances suivantes :

Dans les cas d'eczéma suintant, sans phénomènes inflammatoires très prononcés ; — dans les cas de brûlures au premier et au second degré. Contre ces lésions cutanées, les préparations de tuménol exercent une action dessiccante très rapide à se manifester.

D'autre part, ces préparations sont douées d'une action antiprurigineuse remarquable, qui peut être appliquée au traitement de l'eczéma prurigineux, des dermatites parasitaires, des diverses formes de prurigo et de prurit. Les résultats ont été particulièrement satisfaisants dans les cas de prurit péri-anal et scrotal avec éruptions de grattage.

Dans les cas d'ulcérations superficielles ou profondes, mais sans perte de substance considérable, sans suppuration abondante, dans les diverses formes d'ecthyma, de rhagade des mains, dans le traitement secondaire de la gale, des morsures, des ulcérations des jambes, les préparations de tuménol ont également donné des résultats satisfaisants.

Le tuménol est dépourvu de toute action antiparasitaire, de toute action générale sur l'organisme. Administré à l'intérieur, dans des capsules gélatineuses, à doses relativement considérables, le tuménol n'a pas produit de troubles appréciables. Il semble donc que ce soit un produit absolument inoffensif.

II. — M. Rossander a expérimenté dans un cas de cancer récidivant du sein et dans 4 cas de cancoïde de la face, les injections d'hydrate de chaux, solution aqueuse à 1/2-1. Quantité de liquide injectée chaque fois, 2 à 3 grammes. Les injections étaient faites en plusieurs points, et au pourtour du néoplasme. Elles étaient répétées tous les deux ou trois jours. Le traitement a embrassé une durée assez longue, mais dans 3 cas, il a exercé une action curative bien manifeste. Dans un quatrième cas, l'effet s'est réduit à un arrêt dans le développement du néoplasme. Les sarcomes ne paraissent pas devoir être influencés par cette médication.

III. — Ehrlich et Lippmann (voir *Gazette médicale*, 1890, n° 24, p. 283) avaient eu l'idée d'employer le bleu de méthyle comme anti-névralgique, en partant de cette notion, que cette matière colorante ayant une affinité particulière pour les cylindres axes des fibres nerveuses, serait peut-être apte à modifier les manifestations douloureuses en les atténuant. Cet espoir s'est réalisé en partie. En administrant à des malades du bleu de méthyle chimiquement pur, par les voies buccale et sous-cutanée, Ehrlich et Lippmann prétendaient avoir constaté des effets analgésiants très nets, dans des cas de névrite, de rhumatisme musculaire, de rhumatisme articulaire et tendineux.

Cette tentative thérapeutique ne semble pas avoir trouvé jusqu'ici beaucoup d'imitateurs. Cependant si l'on en croit les résultats annoncés par M. Immerwahr, elle méritait mieux que l'indifférence. Dans 2 cas de névralgie du trijumeau, qui se sont présentés à la policlinique du prof. Brieger, la guérison a été obtenue après administration de 10 capsules contenant chacune 10 centigrammes de bleu de méthyle (3 capsules par jour). Dans 3 cas de migraine angiospastique, la cessation de la douleur a été obtenue de une à deux heures après l'emploi de la médication, et la guérison s'est maintenue pendant plusieurs semaines.

Le résultat a été très satisfaisant dans des cas de céphalalgie nerveuse, contre les malaises succédant à un excès *in baccho*, en quels cas il suffisait d'administrer une prise unique de 10 centigrammes de bleu de méthyle.

Chez un médecin affecté d'un rhumatisme musculaire, les douleurs ont cédé en l'espace de vingt-quatre heures sous l'influence d'une dose unique de 10 centigrammes de bleu de méthyle.

Enfin dans 2 cas d'herpès zoster, les douleurs ressenties

par les malades au siège de l'éruption se sont dissipées en l'espace de quelques jours, sous l'influence d'un traitement par le bleu de méthyle (3 prises quotidiennes de 10 centigrammes chaque).

Par contre, dans 6 cas de sciatique unilatérale, l'échec de la médication a été complet.

Aux doses sus-dites, l'administration du bleu de méthyle n'a pas produit le moindre effet fâcheux, sauf cepeudant que l'urine était colorée en bleu, ce qui inspirait quelque inquiétude aux malades. Quand le bleu de méthyle est administré à doses plus fortes et pendant un laps de temps un peu long, il se manifeste un ténesme très désagréable, mais qui cède devant l'administration de faibles doses de noix muscade pulvérisée.

IV. — Déjà en 1889, Lindenhorn (voir *Gazette médicale*, 1891, n° 43, p. 510), avait publié une note relatant les bons résultats obtenus avec le dithiosalicylate de soude employé dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, comme succédané du salicylate de soude. M. R. May et F. Voit avait repris les essais de M. Lindenhorn, à la clinique médicale de Munich, mais ils n'avaient pas eu à se louer des résultats : à petites doses le médicament était inefficace, et on ne pouvait songer à le prescrire à doses un peu fortes, car uue prise de 1 gramme provoquait des hémorrhagies rénales chez le chien.

Depuis lors, les deux auteurs ont été mis en possession d'échantillons de dithiosalicylate de soude, ce qui les a engagés à reprendre leurs expériences.

L'acide dithiosalicylique existe à l'état de deux isomères, qui présentent des différences de caractères assez tranchées. Le sel de soude formé par le n° 1 est insoluble dans l'alcool, peu soluble dans une solution de chlorure de sodium, et à peine hygroscopique; le sel de soude formé par le n° 2 est très soluble dans l'eau salée et dans l'alcool, très hygroscopique. Toutefois, ces deux variétés de sels ont donné des résultats thérapeutiques sensiblement équivalents. Ils ont été expérimentés dans 60 cas de rhumatisme articulaire, à des doses quotidiennes variant de 4 à 10 grammes ; une première prise de 2 à 5 grammes était snivie de prises de 1 gramme, espacées à des intervalles d'une heure. Habituellement, les douleurs articulaires cessaient au bout de quelques heures, en même temps que diminuait la tuméfaction des jointures. Dans quelques cas seulement, cas légers et récents, l'attaque de rhumatisme articulaire a été coupée par l'administration d'une dose unique du médicament. Dans les autres cas, la durée du traitement n'a pas été inférieure à ce qu'elle est d'habitude, quand on a recours à une autre médication antirhumatismale. Les complications endo-péricardiques n'ont pas été moins fréquentes.

Environ une ou deux heures après l'ingestion du médicament, les malades étaient pris de sueurs et de diarrhée. Dans le courant de la journée, la température corporelle s'abaissait de 1° à 2°, pour tomber au niveau normal, quelquefois audessous. Le pouls et la respiration n'étaient pas influencés d'une façon bien manifeste. La diarrhée persistait habituellement pendant quelque temps, sans s'accompagner de douleurs de ventre; dans 4 cas, les selles sont devenues fréquentes, au point de nécessiter la suspension de la médication. Celle-ci n'a exercé aucune influence sur les fonctions rénales. L'albuminurie, quand elle préexistait, n'a pas augmenté. Dans quelques cas, les malades se sont plaints d'une sensation de pesanteur à l'épigastre. Des vomissements, de l'anorexie, de la lourdeur de tête, des bourdonnements d'oreille, ont été notés exceptionnellement. Enfin, dans 4 cas, il est survenu, dans le cours du traitement, une éruption rubéoliforme, prurigineuse, qui s'est dissipée au bout de deux ou trois jours.

Les deux auteurs supposent que le dithiosalicylate de soude, parvenu dans les premières voies, se décompose en acide salicylique et en soufre. L'acide salicylique est résorbé. Le soufre forme de l'acide sulfhydrique, dont la présence dans l'intestin provoque des contractions péristaltiques violentes, d'où la diarrhée. Celle-ci favorise probablement la résorption des épanchements intra-articulaires. L'examen des selles a démontré, d'ailleurs, qu'une minime partie seulement de l'acide salicylique est entraînée avec les selles ; il semble donc que la totalité, à peu de chose près, soit résorbée.

V. — S'il faut en croire une communication de M. Moretti, de Rome, l'atropine serait douée d'une très grande efficacité contre le tremblement de la paralysie agitante. Une première fois M. Moretti a eu recours à ce médicament chez un vieillard de 60 ans affecté de la paralysie agitante, et dont la maladie avait jusque-là résisté à des essais thérapeutiques très divers. Il fit à ce malade une injection sous-cutanée d'atropine d'un peu moins de 1 milligramme. Déjà, au bout de quelques minutes, les tremblements avaient disparu; seulement le malade n'avait plus une conscience très nette de ce qui se passait autour de lui, sa voix était devenue sans éclat, ses membres étaient comme paralysés. Ces épiphénomènes ont été très transitoires, tandis que le tremblement resta très atténué pendant quatre ou six heures. On continua les injections, les troubles accessoires perdirent en intensité, tandis que l'effet salutaire continua de se manifester, se traduisant par une cessation passagère du tremblement et un calme complet durant quelques heures.

Après la cinquante-deuxième injection, pour éviter les dangers de l'accoutumance, on essaya de substituer à l'atropine, l'hyoscyamine, mais devant les accidents développés on occasionnés par cet alcaloïde, il fallut revenir à l'atropine. On avait fait en tout à ce malade 1.000 injections d'atropine, à raison de 1/2 milligramme par vingt-quatre heures, toujours avec le même succès relatif.

Chez un second malade, un homme de 58 ans, une première injection d'un 1/2 milligramme d'atropiue a été snivie à une demi-heure d'intervalle d'une diminution du tremblement et de la rigidité musculaire. Après la seconde injection, le malade pouvait mouvoir ses membres avec beaucoup plus de facilité et la rigidité des muscles avait disparu. Après la cinquième injection (1/2 milligramme), le malade pouvait de nouveau porter à la bouche un verre tenu à la main, ce qui lui était impossible depnis plusieurs mois. Tons ceux qui le connaissaient étaient étonnés de la facilité avec laquelle il pouvait maintenant mouvoir ses membres et le tronc. Une interruption accidentelle du traitement pendant une quinzaine de jours fut suivie du retour à l'ancien état de choses. Puis les injections furent reprises, avec le même succès palliatif.

Ces résultats sont à rapprocher de ceux qu'un médecin de la marine, M. Féris, a communiqués jadis à la Société de biologie (7 juillet 1883). M. Féris annonçait qu'il guérissait le tremblement de la paralysie agitante avec la vératrine administrée à l'intérieur. Il ne paraît pas que cette médication ait fait grand bruit depuis lors, et il en sera probablement de même du traitement expérimenté par M. Moretti.

VI. — Dans un certain nombre de cas de gangrène pulmonaire et de cavernes, M. Hewelke a pratiqué dans le foyer gangreneux, ou dans l'excavation, des injections antiseptiques : solutions alcooliques de menthol à 1/300 et à 1/200. Il se

servait d'une seringue jaugeant 2 cc. 1/2, et armée d'une canule longue de 5 à 7 centimètres. D'après l'auteur, en se guidant sur les sensations variables de résistance qu'on éprouve en traversant la paroi thoracique, puis le parenchyme pulmonaire, et en pénétrant dans la caverne, on arrive très rapidement à se renseigner sur le point où doit être faite l'injection. Sitôt que l'aiguille a pénétré dans une caverne, l'injection provoque un accès de toux, le malade ressent le goût et l'odeur du liquide injecté. L'expectoration devient plus abondante, les crachats rendus contenaient souvent du sang frais. Mais les hémorrhagies qui survenaient dans ces conditions n'ont jamais duré plus de quelques minutes. Les injections ont été toujours bien supportées. Dans les cas de cavernes, elles ont eu pour effet de débarrasser l'excavation de son contenu, et en irritant le parenchyme pulmonaire, de provoquer la formation d'un tissu cicatriciel. Dans 2 cas de gangrène pulmonaire, la guérison a été obtenue une première fois en l'espace de trois, une seconde fois en l'espace de six semaines.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

IV. — Contribution a l'étude des manifestations de l'hystérie chez l'homme, par P. Michaut. Thèse de Paris, 1890, chez Steinheil.

IV. — La fréquence de l'hystérie chez l'homme n'est plus aujourd'hui mise en doute par personne, et les aspects divers que la névrose peut revêtir chez lui sont des plus intéressants à connaître.

En premier rang de ces manifestations M. Michaut place le pseudotabes hystérique, qui apparaît sous l'influence d'une intoxication quelconque, le plomb, le sulfure de carbone et plus souvent l'alcool ou d'une maladie infectieuse comme la diphtérie, la variole, et qui disparaît en même temps que la cause qui l'a produit.

Les hystériques peuvent, en effet, présenter comme manifestations cliniques, la démarche typique des tabétiques; l'ataxie dans les mouvements volontaires, ataxie augmentant par l'occlusion des yeux et dans l'obscurité. Le signe de Romberg, la rachialgie, les douleurs en ceinture, les douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs; la diplopie, le vertige laryngé, les crises gastriques, certains signes vésicaux, etc.

L'absence de certains signes importants et, en particulier, l'absence du signe d'Argyl Robertson et du signe de Westphal, la marche et la durée de ces accidents, enfin, la présence des stigmates classiques de la névrose, suffiront en général pour dépister la vraie cause de ces pseudo-tabes hystériques.

Chez l'homme, comme chez la femme, certains accidents viscéraux de nature purement hystérique, tel que le tympanisme, le vertige laryngé, le spasme de l'œsophage, peuvent en imposer pour des affections variées. Le tympanisme, surtout quand il s'accompagne de fièvre et de douleurs névralgiques très vives, peut simuler différentes affections abdominales, la péritonite en particulier.

Les troubles trophiques de l'hystérie, et spécialement l'atrophie musculaire, peuvent se développer très rapidement à la suite de paralysies. Par la rapidité même de son évolution, l'atrophie musculaire hystérique peut prendre un caractère de gravité inquiétant, l'atrophie musculaire peut frapper tout un groupe de muscles ou se localiser sur le segment isolé d'un muscle.

Certains accidents, tels que l'apoplexie, l'hémiplégie, l'attaque du sommeil, le mutisme et la contracture, semblent pouvoir éclater subitement, comme première manifestation de la névrose, chez des hommes du peuple robustes et qui sembleraient peu prédisposés à l'hystérie de par leur condition sociale et leur vie antérieure.

H. Barbier.

Étude sur le rein des tuberculeux et sur la néphrite tuberculeuse en particulier, par E. Coffin, ancien interne des hôpitaux.

Dans ce travail, l'auteur a eu pour but de démontrer l'existence de la néphrite tuberculeuse et d'en donner une description anatomo-pathologique et clinique. La plupart des auteurs, en effet, passent sous silence cette néphrite tuberculeuse ou ne la considèrent pas comme prouvée. Pour M. Coffin, le doute n'est pas permis et la description histologique qu'il donne des lésions rencontrées par lui dans les reins des tuberculeux ne permettent pas d'hésiter à les ranger parmi les néphrites infectieuses décrites par M. Bouchard. Les modifications les plus intéressantes siègent au niveau de l'épithélium d'Heidenhain et sont de deux ordres : une infiltration graisseuse qui, de même que pour la cellule hépatique, ne constitue qu'une simple surcharge, ne modifiant en rien sa vitalité et ne se manifeste par aucun phénomène d'insuffisance rénale, et une transformation colloïde du protaplasma, transformation propre aux néphrites infectieuses; les glomérules sont rarement atteints. Aussi, M. Coffin se croit-il en droit de dire qu'outre les lésions déjà connues, tubercule de Laënnec, granulations miliaires et cavernes, la tuberculose détermine une néphrite spéciale, néphrite mixte, présentant les plus grandes analogies avec la cirrhose tuberculeuse décrite par MM. Hanot et Lauth.

On pourrait se demander si ces lésions, survenant chez des tuberculeux plus ou moins cachectiques, ne sont pas purement et simplement celles qui résultent de la dégénérescence amyloïde. M. Coffin ne le croit pas : d'abord, les lésions macroscopiques de cette lésion, non plus que leur aspect sous le microscope et leur réaction sous l'influence des divers colorants, ne sont pas celles de la néphrite tuberculeuse ; mais une constatation directe est plus démonstrative : chez un malade qui avait succombé à la suite d'une suppuration articulaire prolongée, on trouva dans les reins, sur de rares glomérules, la réaction caractéristique de la dégénérescence amyloïde, et il a été impossible de retrouver cette coloration au niveau des tubes et encore moins au niveau des faisceaux du tissu conjonctif. Cette constatation n'a pas grande signification par elle-même, mais la méthode d'Erlich a permis de trouver des bacilles, en petit nombre, il est vrai, mais très nets, bacilles occupant les espaces périglomérulaires, et les mailles du tissu cellulaire entourant les tubes contournés.

Ces lésions sont-elles fréquentes? Il est difficile de se prononcer; mais sur tous les reins examinés par M. Coffin, la lésion existait à des degrés variables. Le même agent se retrouve partout; mais, chez les uns, il produit des lésions nettement tuberculeuses et connues depuis longtemps; chez les autres, une néphrite infectieuse.

Si la maladie a une marche chronique, les bacilles n'arrivent au niveau du filtre rénal qu'en petite quantité ; leur action est lente ; ils n'agissent sur l'épithélium que petit à petit et par poussées successives : c'est alors que l'on rencontre exclusivement les lésions de la néphrite infectieuse. Au contraire, si la marche de la maladie est rapide, aiguë ou subaiguë, les

bacilles sont entraînés en masse par le courant sanguin et déterminent au niveau du filtre rénal des embolies septiques, qui modifient les tissus environnants et aboutissent à la formation de cavernes tuberculeuses.

La symptomatologie de la néphrite tuberculeuse se réduit à fort peu de chose; d'ordinaire on n'observe, en effet, ni anasarque, ni albumine dans l'urine, ni douleur, ni tuméfaction de la glande rénale. Les quelques signes qui peuvent mettre sur la voie du diagnostic, ont été donnés par Brissaud. C'est d'abord, dans d'assez rares cas, une hématurie assez abondante qu'il compare à l'hémoptysie du début de la tuberculose. Ce qu'on observe plus souvent, c'est de la polyurie sans albumine, ni sucre, tantôt permanente, tantôt par accès. L'urine est trouble et décolorée et elle ne s'éclaircit jamais. L'urée n'a pas beaucoup diminué, de même que l'acide phosphorique; par contre, le chlorure de sodium diminue d'une manière sensible. Enfin, il existe un signe qui est pathognomonique, mais qu'on a rarement la chance d'observer, c'est la présence, dans l'urine, de bacilles de Koch, dont la recherche est très longue: après avoir fait un nombre considérable de préparations, souvent il est impossible d'en découvrir. D'ailleurs, la présence de cet organisme signifierait seulement tuberculose des voies urinaires sans permettre de localiser la lésion dans le rein.

Quelquefois, cependant, il est des signes qui ne permettent pas de doute sur le diagnostic; c'est une douleur rénale, soit persistante, soit revenant par accès, comme celles de coliques néphrétiques et accompagnée d'hématurie; enfin, dans des cas plus rares encore, la tuberculose rénale prédomine même sur la tuberculose pulmonaire, et l'albuminurie est abondante et persistante; alors, le malade urine peu et meurt d'urémie soit comateuse, soit gastrique.

De la prostatotomie et de la prostatectomie, par le Dr Vignard, ancien interne des hôpitaux. (Th. de Paris, 1890.)

Le travail de M. Vignard, conçu et poursuivi d'après les conseils du professeur Guyon, constitue une étude d'ensemble des interventions chirurgicales sur la prostate. Très en faveur à l'étranger, ces opérations sont-elles justifiées, et par la sécurité qu'elles comportent, et par les résultats qu'elles donnent? en outre, les indications de la prostatotomie et la prostatectomie sont-elles nombreuses et suffisamment précisées par les auteurs. C'est surtout à ce dernier côté de la question que s'est attaché M. Vignard, qui termine son travail par les conclusions suivantes:

Le véritable promoteur de la prostatotomie et de la prostatectomie est un Français, Mercier. Cette opération abandonnée en France, a été reprise depuis quelques années par un bon nombre de chirurgiens étrangers qui, rejetant pour la plupart la voie urétrale, ont créé la prostatotomie périnéale et la prostatectomie sus-pubienne. Les deux promoteurs de la première sont Gouley de (New-York), et Harrison (de Liverpool). La seconde a été préconisée surtout par Dittel, Mac Gill, Benno, Schmidt (de Leipzig).

Ces opérations ne peuvent avoir que deux objectifs: 1° rétablir la miction volontaire amoindrie ou abolie chez les prostatiques; 2° supprimer les difficultés du cathétérisme chez ces malades.

Pour ce qui est du rétablissement de la miction volontaire malgré les nombreuses observations publiées, on ne rencontre qu'un très petit nombre de faits où il soit nettement établi qu'une rétention complète depuis plusieurs mois ait disparu d'une façon durable par le fait de l'opération. Dans le plus grand nombre des cas publiés, le résultat définitif n'est pas indiqué, ou bien il y a eu échec.

Ces nombreux insuccès tiennent pour la plupart à ce que les chirurgiens n'ont pas tenu un compte assez rigoureux des causes de la rétention d'urine chez les prostatiques. On ne peut espérer faire disparaître cette rétention d'urine par une incision ou une excision du tissu prostatique au voisinage du col, que si les deux conditions suivantes coexistent: 1° il existe un obstacle prostatique très net au niveau de l'orifice interne de l'urètre, tandis que le reste de la prostate est peu hypertrophié; 2° la contractilité vésicale a persisté. Or, il est rare de rencontrer ces deux conditions réunies.

La seconde indication opératoire est l'impossibilité d'ailleurs très exceptionnelle de pratiquer le cathétérisme soit pour le chirurgien, soit pour le malade.

En somme, les indications de la prostatotomie et de la prostatectomie existent, mais elles sont très restreintes.

Le procédé opératoire à employer est: pour les simples barres prostatiques le procédé d'Harrison, c'est-à-dire la prostatotomie périnéale avec maintien prolongé d'un gros drain à travers l'urètre postérieur et le col vésical (seul il permet d'éviter la récidive de la barre); pour toutes les autres formes d'hypertrophie, la prostatectomie sus-pubienne. Dans ce dernier procédé, l'énucléation partielle, si elle est possible, permettra d'extirper une plus ou moins grande partie de la prostate; l'énucléation totale est anatomiquement possible, mais nous manquons encore de données suffisantes pour conseiller de la pratiquer sur le vivant.

De nombreuses observations accompagnent ce travail et le lecteur y trouvera de judicieuses appréciations des faits publiés jusqu'à ce jour.

Sur des accidents peu connus du phimosis congénital, par (L.-E. Berger. Th. Paris, 1890.)

L'intérêt principal de cette thèse réside dans la réunion d'un assez grand nombre d'observations relatives à des faits intéressants, mais en général assez disparates et qu'une vue d'ensemble a peine à grouper. Ainsi l'auteur place d'abord au nombre des complications possibles les hernies et les hydrocèles; ces dernières seraient produites par la pression que, pendant les efforts de miction, l'intestin exerce sur les veines du cordon, d'où arrêt de la circulation en retour et épanchement de sérosité. Puis viennent une série de phénomènes morbides, tous d'ordre réflexe, qui sont des troubles génito-urinaires, des mouvements nerveux, des mouvements choréiques, des convulsions épileptiformes, diverses formes de paralysie, des contractures musculaires, des pseudo-coxalgies, du strabisme, des crises gastriques, de la diarrhée. On voit que l'ensemble de ces phénomènes pathologiques est vaste; l'auteur les a réunis de manière à en faire une intéressante revue clinique.

De la taille hypogastrique pour calcul chez l'enfant, par Moïse Gordon. (Th. Paris, 1889.)

Dans une première partie, l'auteur retrace le manuel opératoire de la taille hypogastrique tel qu'il a été exposé par le professeur Guyon et ses élèves. Il passe ensuite aux indications, et d'élimination en élimination finit par conclure à la nécessité de la taille hypogastrique dans tous les cas de calcul chez les enfants, quel que soit leur âge. Sans doute c'est une opération d'une exécution facile dont les suites sont généralement bonnes et qui, d'une manière générale, paraît rendre plus de services que les autres procédés. Mais il ne faut pas

oublier que la taille périnéale est également d'une grande simplicité chez l'enfant, et qu'elle est suffisante pour les calculs petits et moyens; quant aux pansements et aux soins consécutifs, ils sont peut-être plus faciles à amener dans ce dernier cas chez les enfants agités ou indociles. La lithotritie ne doit pas non plus être complètement rejetée : nous reconnaîtrons, avec M. Gordon, qu'elle est plus difficile que chez l'adulte et qu'un chirurgien peu habitué à ces manœuvres intra-vésicales fera bien de choisir la taille hypogastrique; mais la lithotritie, entre des mains expérimentées, reste une excellente opération chez l'enfant; elle peut se faire en une séance et dispense presque entièrement des soins consécutifs.

En ce qui concerne la taille hypogastrique, M. Gordon recommande de faire un drainage vésical. Quand la veine est saine ou peu enflammée, il faut autant que possible en pratiquer la suture, car les petits malades par leurs mouvements inconscients, dérangent souvent les tubes hypogastriques.

E. Desnos.

Traitement des cancers du rectum, par le Dr Henri Aubert. Thèse de Paris, 1890.

M. le Dr Henri Aubert affirme d'abord la supériorité de la méthode actuelle pour l'ablation des cancers du rectum. Cette méthode, dite sacrée ou pelvienne, est en effet rendue plus facile par la résection du coccyx et d'une partie du sacrum. De plus, on peut en retirer plusieurs avantages : 1° extirpation des cancers hauts placés dans le rectum pourvu qu'ils présentent une certaine mobilité et ne soient pas trop adhérents; 2° libre accès du champ opératoire qui permet un drainage sûr et efficace parce qu'il peut être aisément contrôlé; 3° suture des deux bouts de l'intestin dont la continuité est ainsi rétablie. Toutefois, M. le Dr Aubert constate la délicatesse de l'opération.

Il passe ensuite à la technique opératoire. On pourra indifféremment pratiquer ou non l'ouverture du péritoine, mais il faudra, s'il est ouvert, s'attacher alors à une antisepsie rigoureuse et procéder à sa suture immédiate. Conservant, en outre, l'anus et la région sphinctérienne, les fonctions de la défécation ne seront pas entravées. Il n'y aura pas lieu non plus de pratiquer la colotomie iliaque ou lombaire puisque la nouvelle méthode en question permet d'enlever les cancers haut-placés et en même temps le rétrécissement produit par le cancer. Après avoir pratiqué la résection du coccyx et d'une partie du sacrum, l'opérateur pourra diagnostiquer d'une manière plus précise la nature de la lésion, décider en second lieu s'il doit pratiquer l'extirpation du cancer, ou, cette opération étant reconnue impossible, s'il doit pratiquer la colotomie. Dans le cas d'une extirpation, il peut arriver que le chirurgien ne puisse suturer les deux bouts de l'intestin. Il devra alors pratiquer l'anus sacré que le Dr Aubert préfère aux autres anus artificiels.

L'auteur termine par une appréciation des résultats obtenus à l'aide de ce nouveau traitement des cancers du rectum. Jusqu'ici la mortalité a été assez grande, aussi convient-il de n'opérer que si la suture des deux bouts ne semble pas rendue impossible par l'extension du processus et si les adhérences sont assez peu étendues pour qu'on ne soit pas obligé de pratiquer de grands détachements.

Au résumé, bon travail et tout d'actualité. L'opération de Kraske peut-elle espérer le brillant avenir sur lequel M. Aubert semble compter? Il est bien à craindre qu'elle ne marque pas un bien grand progrès dans la cure des cancers du rectum.

P. S.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité d'hygiène publique de France.

Dans sa réunion d'hier, le Conseil d'hygiène a été saisi d'une communication intéressante de M. le Dr Proust relativement au choléra à Damas. Le nombre des décès diminue. Le vali fait son possible pour assainir la ville, mais c'est peu de chose, privé comme il l'est d'un corps médical entendu, d'appareils de désinfection, de matières désinfectantes et d'argent.

La population se montre franchement hostile aux mesures hygiéniques les plus élémentaires. Moustapha-Assim-Pacha a prescrit de recouvrir les cadavres d'une couche de chaux et prohibé les inhumations dans les cimetières qui se trouvent au centre ou à proximité des habitations. Ces mesures sages ont provoqué une prise d'armes; les agents de la force armée ont été maltraités, blessés par une populace fanatique qui voyait dans ces prescriptions une atteinte à la religion; les cimetières interdits ont été occupés de force par des bandes armées qui y ont assuré les inhumations, tenant la police en respect. L'autorité a dû renoncer à l'exécution des mesures édictées.

Dans les villages, le choléra tend à se propager.

L'autorité anglaise de Chypre repousse les provenances de Jaffa.

Des membres du Conseil ont fourni au Comité des renseignements sur quelques cas d'influenza observés à Paris, spécialement dans les asiles de vieillards.

NOUVELLES

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr Bouchut, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin en chef des maisons de la Légion d'honneur, commandeur de la Légion d'honneur.

Les obsèques auront lieu, aujourd'hui samedi, à l'église Saint-Louis-d'Antin.

Corps de santé militaire.

Par décret en date du 15 novembre 1891, les médecins aides-majors de 2e classe, dont les noms suivent, sont promus au grade de médecin aide-major de 1re classe : MM. Benoit, dit Becker (Félix Louis-Georges), Millard (Pierre-Joseph), Janot (Albert-Eugène), Arnould (Émile-Octave-Jean), Sturel (Georges-Marie), Trouillet (Alexis-Joseph-Adolphe), de Langenhagen (Maurice Jules-Augustin), Arnavielhe (Joseph-Marius-Polydor), Guirlet (Jules-Charles-Calixte), Berger (Louis), Coste (Napoléon-François-Thomas), Puech (Ellacin-Louis), de Viville (Félix), Michaud (Georges Henri-Noël), Beigneux (Louis-Baptiste-Octave), Rouchaud (François-Paul-Joseph-James), Thérault (Léonce-Anne-Sébastien-Jean), Faivre (Paul-Eugène-Émile), Niclot (Vincent-Marie), Barrier (Paul-Charles-Modeste), Huguet (Joseph-Julien-Aristide), Destrez (Henri-Auguste), Legrain (Léonce-Charles-Émile), François (Paul-Hippolyte), Claoué (Raymond-Charles), Couturier (Émile Pierre), Rossignot (François-Jean-Baptiste-Gaston), Chéreau (Louis-Georges), Benoit (Ambroise-Joseph-Louis-Fernand), Mignon (René-Marius-Gaston), De Schuttelaere (Georges-Albert-Émile), Ducurtil (Eugène), Tournier (Auguste-Joseph-Claude), Vigerie (Étienne-Marie-Armand), Gontier (Louis-Prosper-Xavier), Terrail (Jean-Joseph), Lenoir (Alexandre-Eugène-Georges), Blanc (Jean-Henri-Roger), Gilliard (Henri-Eugène-Joseph), Castaing (Maurice-Marie-Frédéric), Claude (Aimé-Eugène-Julien), Ribière (Pierre-Tancrède), Julia (Joseph-Jacques-André), Verdierre (Paul-Antoine-Émile-Bazile), Ollier de Vergèze (Louis-Joseph), Donnadieu (Joseph-Alexandre-Thomas), Sire (Clovis-Antoine), Lanusse-Trousse (Joseph-Marie), Dormand (Maurice-Victor-Fernand-Raoul), Laborderie (Charles-Antoine-Ernest), Lainé (Nicolas-Eugène), Loustalot (Jean-Baptiste), Viguier (Étienne-Jean-Jules), De Guénin (Louis-Alfred-Pierre).

Corps de santé de la marine.

Par décret en date du 21 novembre 1891, ont été promus dans le corps de santé de la marine, *au grade de directeur du service de santé* : MM. Cunéo (Bernard), médecin en chef ; *au grade de médecin en chef* : M. Duchateau (Adolphe-Louis-Antoine), médecin principal ; *au grade de médecin principal*, les médecins de 1re classe : MM. Magnon-Pujo (Gabriel-Armand), Bourat (Jacques-Armand-Lucien) ; *au grade de médecin de première classe*, les médecins de 2e classe : MM. Audibert (Pierre-Honoré-Alfred), Vancel (Augustin), Damany (Etienne-Marie).

— Le Dr Madeuf, bi-licencié ès sciences, fera tous les mardis à l'Ecole pratique de la Faculté, un cours sur les maladies du nez et de leur rapport avec celles des oreilles, du larynx, des poumons, etc. Le lendemain, mercredi, conférence pratique de technique otologique, rhinologique, laryngologique. — Médecine opératoire et présentation de malades.

Chemin de fer d'Orléans (octobre-décembre 1891). — *Excursions aux stations thermales et hivernales des Pyrénées et du golfe de Gascogne* :

Arcachon, Pau, Biarritz, Salies-de-Béarn (Tarif spécial A n° 11 (Orléans). — Des billets d'aller et retour, avec réduction de 25 0/0 sur les prix calculés au tarif général d'après l'itinéraire effectivement suivi, sont délivrés toute l'année, à toutes les stations du réseau de la Compagnie d'Orléans, pour :

Arcachon, Biarritz, Dax, Guéthary (halte), Pau, Saint-Jean-de-Luz et Salies-de-Béarn.

Durée de validité : 10 jours non compris les jours de départ et d'arrivée.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille

Les eaux potables, conditions générales, applications à l'hygiène sanitaire, par Eug. PROTHIÈRE, pharmacien de 1re classe, lauréat de la Société de pharmacie de Lyon. — Un vol. in-8° de 111 p. Prix : 3 fr.

L'éducation des facultés mentales, par le Dr J.-J. NOGIER, médecin principal de 1re classe, membre du Comité technique de santé de l'armée. — Un vol. in-16 de 173 p. Prix : 2 fr.

Hygiène de la toilette, par le Dr DEGOIX. — Un vol. in-16 de 160 p. de la *Petite Bibliothèque médicale*. Prix : 2 fr.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 8 AU 14 NOVEMBRE 1891

Fièvre typhoïde, 8. — Variole, 0. — Rougeole, 1. — Scarlatine, 3. — Coqueluche, 2. — Diphtérie, croup, 20. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 210. — Autres tuberculoses, 31. — Tumeurs cancéreuses et autres, 62 — Méningite, 16 — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 42 — Paralysie, 9. — Ramollissement cérébral, 13. — Maladies organiques du cœur, 53. — Bronchite aiguë et chronique, 72. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 90. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 71. — Fièvre et péritonite puerpérales 3 — Autres affections puerpérales, 3. — Débilité congénitale, 22. — Sénilité, 36. — Suicides et autres morts violentes, 26. — Autres causes de mort, 225. — Causes inconnues, 11. — Total 1.029

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*.



GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F. DE RANSE**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON**, **S. POZZI**, **E. RICKLIN**, **ALBERT ROBIN**,
J. ARNOULD (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées.

CLINIQUE CHIRURGICALE

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE TRAITÉS PAR L'OPÉRATION DE LINDEMANN-LANDAU

Par M. le professeur Dubreuil,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Éloi, de Montpellier

J'ai à vous parler aujourd'hui, Messieurs, d'un malade qui est venu dans nos salles pour la seconde fois et chez lequel j'ai dû pratiquer une opération que l'on a assez rarement l'occasion de faire dans nos climats.

Il est âgé de 33 ans et employé de chemin de fer. Je n'ai rien à vous signaler dans ses antécédents; son histoire pathologique date, au moins en apparence, du mois de janvier de cette année. A cette époque, il fut pris d'un malaise général accompagné de douleurs dans les membres et de vomissements presque incoercibles.

L'abdomen n'était pas tuméfié et le patient n'en souffrait pas. Au bout de quelques jours, à ces phénomènes s'ajoutaient des accès de fièvre, revenant régulièrement tous les soirs.

Au mois de mars, M. le professeur-agrégé Estor fut consulté et constata l'existence d'un kyste hydatique de la partie antérieure de la face convexe du foie, au niveau de la région épigastrique; il traita le kyste suivant la méthode de Lindemann-Landau, et les suites de cette opération furent parfaitement régulières. Mais au bout de quelque temps, l'abdomen se tuméfia, la respiration devint gênée, et, le 6 juin, le malade entrait à l'hôpital, où nous pûmes constater ce qui suit : cet homme est pâle, très maigre; la circulation et la respiration sont notablement accélérées. L'abdomen est volumineux et un examen approfondi permet de constater qu'il est à la fois le siège d'une tumeur et d'une ascite. La tumeur régulière, sans nodosités, est formée par le foie qui déborde de quatre ou cinq travers de doigt le rebord costal; de plus, il semble que, profondément, sous la face inférieure du foie, il existe une tumeur globuleuse, hémisphérique, grosse à peu près comme les deux poings, continue avec cet organe et située à une certaine distance en arrière de la paroi abdominale, qu'il fallait déprimer pour arriver sur la tumeur. Dans le point où le kyste avait été incisé, on voyait une cicatrice déprimée, à bords gaufrés. De plus, du côté de la plèvre droite, il y avait de la matité, de l'égophonie; on n'entendait pas le bruit respiratoire et on ne percevait pas les vibrations thoraciques.

Le 8 juillet, je ponctionnai l'ascite dans le double but de faciliter la respiration et de permettre d'explorer la tumeur sous-hépatique d'une façon plus complète. La ponction abdominale, faite au lieu d'élection, donna issue à 2 litres 1/2 d'un liquide clair, un peu teinté de rouge, contenant de nombreux globules sanguins et 33 grammes d'albumine par litre.

Après l'évacuation du liquide, on put constater avec plus de

FEUILLETON

UNE MISSION EN ESPAGNE EN 1891

(Suite) (1)

III

Le décret nouveau détermine que chaque commune de moins de 4.000 citoyens pauvres (vecinos) (1), a des médecins et pharmaciens municipaux munis du titre de docteur ou de licencié, délivré par l'une des universités espagnoles.

L'obligation des médecins municipaux ne se borne pas à l'assistance gratuite des pauvres (accouchement et vaccination compris); ils doivent encore donner leur concours à l'autorité gouvernementale ou municipale pour toute mesure de leur compétence touchant la santé publique, faire la vérification des décès, s'il n'y a pas un service municipal spécial, enfin prêter sur réquisition, et moyennant des honoraires fixés par la loi, leur aide à l'autorité judiciaire en cas d'absence des médecins spéciaux (Délégués).

Le règlement nouveau considère comme indigents, ceux qui ne paient aucune contribution à l'État, à la province ou à la commune, et ne sont les salariés d'aucune de ces administrations.

Dans les villes de plus de 4.000 citoyens, il y aura une liste des pauvres dressée chaque année par le Conseil municipal et communiquée aux médecins et au public, mais elle reste ouverte pour les inscriptions pendant l'année.

Les communes de moins de 4.000 citoyens auront un médecin-chirurgien municipal par chaque groupe de 300 familles pauvres et un en plus pour chaque groupe supplémentaire de 150 Néanmoins, même pour 300 familles pauvres seulement, s'il y a des difficultés dans leur assistance, la ville pourra être divisée en districts ayant chacun son médecin.

Les communes trop pauvres, pourront se réunir pour ne payer qu'un médecin; ces groupes devront être approuvés pour le gouvernement.

(1) Voir les numéros 46, 47 et 48.

(1) On appelle *Vecino* l'habitant d'une ville né ou domicilié depuis longtemps dans la commune, et qui paie ses impôts et figure sur les feuilles de recensement. La réunion des *Vecinos* forme la *population de droit*; au contraire, si on ajoute la population flottante, on obtient la *population de fait*.

netteté l'augmentation considérable de volume du foie, augmentation qui s'était surtout effectuée du côté de l'abdomen, l'organe ne paraissant pas s'être notablement développé par en haut.

On put aussi sentir plus facilement la tumeur siégeant au niveau de la face inférieure du foie et s'étendant au moins jusqu'à 6 centimètres au-dessous.

L'histoire du malade et l'existence du kyste, dont il avait été guéri, me fit considérer cette tumeur comme un kyste hydatique, bien que je n'aie nullement senti le frémissement hydatique.

Le 11 juillet, le malade fut pris d'un violent frisson, suivi d'une ascension thermique très accentuée. T., 39°,3; P., 120.

Le 12, la dysnée augmentant, l'interne du service, M. Cannac, pratiqua une ponction aspiratrice au niveau du sixième espace intercostal et retira 1 litre 1/2 d'un liquide purulent et brunâtre, dont l'examen, fait par M. le professeur Kiener, donna le résultat suivant: « Le liquide renferme du pus graisseux, une assez grande quantité de globules rouges, des détritus caséeux, dont on ne peut déterminer l'origine, quelques corps granuleux, de nombreux amas de matière colorante biliaire et deux corpuscules ayant le caractère d'un œuf de ténia. »

A la suite de la thoracentèse il survint un peu d'amélioration et le malade quitta l'hôpital.

La présence dans le liquide pleural du pigment biliaire et de deux corpuscules ayant le caractère d'un œuf de ténia me paraît dénoter d'une façon précise qu'une communication s'est établie à un moment donné entre la cavité pleurale et un kyste hydatique du foie.

Il est probable que la communication s'est faite par une petite ouverture. Le kyste communiquant avec la plèvre était-il celui que M. Estor a opéré, ou bien était-ce un autre kyste développé sur la face convexe?

Je pense que c'était le kyste traité et guéri. La guérison du kyste n'a pas entraîné celle de la pleurésie, mais elle explique peut-être pourquoi l'appareil symptomatique de la pleurésie n'a pas acquis un plus haut degré d'intensité. Pendant le temps que le malade séjourna chez lui, on lui appliqua successivement deux vésicatoires sur le côté droit du thorax. Il survint deux abcès dans l'épaisseur de la paroi abdominale, situés l'un dans le flanc droit, l'autre dans le flanc gauche, abcès qui entraînèrent la mortification des téguments de l'abdomen sur une certaine étendue; ces pertes de substance persistent encore et n'ont aucune tendance à la cicatrisation.

Le malade se décida à revenir à l'hôpital où il entra le 20 octobre. Nous avons alors constaté que l'état général était mauvais et que les forces étaient considérablement déprimées.

Le malade vomit presque tout ce qu'il prend et il est d'une maigreur extrême.

L'examen du poumon droit nous montre qu'il n'y a ni souffle, ni égophonie. On n'entend que fort peu le murmure vésiculaire et on perçoit de temps à autre un léger bruit de frottement. Par contre les vibrations thoraciques sont au moins aussi prononcées que du côté sain. Ces signes, tout en indiquant qu'il n'existait plus d'épanchement, m'ont fait supposer que le poumon, bien que le malade n'ait jamais craché de débris d'hydatide, pourrait bien être envahi par des productions hydatiques. L'abdomen est volumineux, mais il n'y a plus d'ascite; on sent très nettement le foie considérablement augmenté de volume et au-dessous du foie la tumeur arrondie que nous avons déjà constatée. Mais à présent, au lieu d'être à une certaine distance, derrière la paroi abdominale, elle est immédiatement appliquée contre cette paroi. L'intestin est distendu par des gaz. Au-dessous de la peau de l'abdomen, on aperçoit un réseau veineux développé surtout à droite, mais existant aussi à gauche. Ce réseau s'étend des régions claviculaires aux régions inguinales. Que conclure de cet examen? Je viens de vous dire ce que je pensais de l'état de la plèvre et du poumon. Quant au foie, il existe à sa face inférieure un kyste hydatique, mais la présence de ce kyste n'explique pas l'augmentation de volume de la glande, et nous sommes amenés à admettre que d'autres productions analogues développées sur d'autres points du parenchyme hépatique déterminent cette ampliation. Les vomissements tiennent peut-être à la compression de l'estomac par le foie et peut-être aussi aux troubles en rapport avec la circulation porte, troubles auxquels on peut probablement rapporter le météorisme intestinal.

A ce sujet nous présenterons une observation: l'ascite ne s'est pas reproduite après la ponction, ce qui semblait indiquer que le système porte est moins gêné dans son cours. Le réseau veineux superficiel qui apparaît sur la paroi abdominale, me semble devoir être rattaché à une de ces veines portes accessoire qu'a signalées Sappey et dont les branches

---

Les villes devront aussi entretenir des praticiens municipaux.

Le médecin est libre de traiter de gré à gré avec les malades aisés (le plus souvent par abonnements), mais ceux-ci peuvent se former en Société, sous la surveillance et avec l'intervention du maire autorisé par le gouvernement.

L'élection du médecin communal se fera par les soins de la Commission de santé, à la majorité des suffrages, après annonce officielle de la vacance et après un délai suffisant.

Les pharmaciens désignés comme pharmaciens municipaux devront posséder tous les remèdes de la pharmacopée espagnole; les médecins et chirurgiens devront posséder « tous les instruments, appareils chirurgicaux et moyens les plus nécessaires à l'exercice de leurs fonctions déterminées nominativement par le Conseil royal de santé. »

Comme chargés de proposer les mesures pour faire disparaître les causes d'insalubrité et diminer les dommages causés par une maladie quelconque régnant dans la ville, les médecins communaux sont de droit membres des Commissions municipales de santé dont nous parlerons plus tard.

Les médecins ne pourront être privés de leur emploi, qu'en des cas spéciaux et par décision de la Députation provinciale, sur avis de la Commission de santé provinciale.

En cas d'absence ou d'empêchement, les médecins municipaux doivent trouver un confrère qui les remplace. Ils ne doivent pas quitter la commune en temps d'épidémie, et en temps ordinaire, ils doivent prévenir l'alcalde de leur absence.

S'ils meurent dans une épidémie, leurs veuves et leurs orphelins ont droit à une pension déterminée par une loi spéciale de 1862. Dans d'autres conditions, et à raison des mérites du titulaire, ces mêmes pensions peuvent être accordées à leurs veuves et orphelins.

Les contrats actuels entre médecins et communes pourront être renouvelés par accord entre les parties tout en étant soumis aux règles du présent règlement.

S'il n'y a pas accord, il y aura lieu de recourir à une nomination régulière sur présentation de titres (concours). La durée des contrats est de quatre ans, avec le renouvellement facultatif.

IV

Depuis qu'est publié, ce décret, qui, ainsi que je l'ai dit, a donné

mettent le foie en rapport avec la paroi abdominale en passant par le ligament suspenseur.

Le diagnostic de kyste hydatique est, dans l'espèce, indiscutable. Cet homme en a déjà eu un. Que pourrait bien, d'autre part, être une tumeur hémisphérique située sous la face inférieure du foie, en dedans du siège normal de la vésicule, chez un malade qui, comme le nôtre, n'a jamais eu d'ictère?

Nous n'avons pas perçu de frémissement, mais ce signe fait défaut dans beaucoup de cas authentiques de kyste hydatique.

Le pronostic était évidemment très fâcheux, en raison de l'état douteux du poumon, de la faiblesse du malade, de son amaigrissement, des vomissements à peu près incoercibles et du volume considérable du foie qui permettait de conclure que la glande contient d'autres kystes hydatiques.

Il n'était certes pas interdit d'espérer la guérison spontanée des kystes hépatiques et pulmonaires, mais il ne faut pas non plus se dissimuler que ces guérisons spontanées sont très rares, et que par contre on a à redouter la suppuration des kystes ou leur ouverture dans les organes ambiants.

En l'état, que devons-nous faire?

Abandonner le malade à lui-même, ou traiter le kyste sur lequel nous voulions agir?

C'est à ce dernier parti que je me suis arrêté, obéissant au précepte *Melius anceps quam nullum remedium.* L'idée d'intervention arrêtée, restait à choisir le moyen.

Le traitement interne : mercuriaux, iodure de potassium, kamala, ne m'ont pas paru devoir entrer sérieusement en ligne de compte.

Restait le traitement chirurgical, qui peut être catégorisé de la façon suivante :

1° On cherche à faire disparaître le kyste par des ponctions multiples avec l'appareil aspirateur ou bien par l'électrolyse appliquée à l'aide d'aiguilles ou de trocarts capillaires, ainsi que le conseille Henrot (de Reims).

2° On ouvre le kyste et on le fait communiquer avec l'extérieur, de façon à le vider, l'injecter et le faire revenir peu à peu sur lui-même.

La première méthode, je me permettrai de le dire, est fort incertaine dans ses résultats, sans être exempte de danger, et je crois qu'il est prudent de la laisser de côté. Quant à la seconde, elle comporte plusieurs subdivisions, et je vous dirai tout d'abord que je vous ferai grâce de pas mal de procédés auxquels quelques chirurgiens ont attaché leur nom; mais pour en revenir aux subdivisions de la méthode, elle en comporte deux principales : faire développer des adhérences avant d'ouvrir le kyste ou bien ouvrir le kyste et faire développer des adhérences consécutivement.

La première a été créée par Récamier, qui détruisait au point voulu la paroi abdominale et celle du kyste par des applications successives de potasse caustique, lesquelles, en raison des phénomènes phlegmastiques dont elles s'accompagnent, déterminent des adhérences entre le feuillet pariétal du péritoine et celui qui revêt le kyste. On peut objecter à juste titre à ce *modus faciendi* qu'il est lent dans son application, et que la création des adhérences n'est pas aussi certaine qu'on pent se le figurer.

Bégin d'abord et Volkmann ensuite ont procédé en divisant successivement toute l'épaisseur de la paroi abdominale, le péritoine compris, s'arrêtant alors, appliquant un pansement et attendant la formation des adhérences pour inciser le kyste. Volkmann n'a fait, en somme que modifier le procédé bien antérieur de Bégin; la seule différence, c'est qu'il applique un pansement antiseptique et attend plus longtemps avant d'ouvrir le kyste.

Quant aux procédés dans lesquels on fait développer les adhérences consécutivement à l'ouverture de la poche, ils se divisent en procédés de ponction dans lesquels on ponctionne le kyste avec un trocart assez volumineux qu'on laisse à demeure ou qu'on remplace par une sonde; procédés de laparotomie avec suture du kyste à la paroi abdominale.

Les premiers auxquels se rattachent les noms de Boinet, de Verneuil ont l'inconvénient de ne pas ouvrir une porte assez grande pour l'issue des hydatides filles, quand il y en a, et d'exposer à l'écoulement d'une partie du liquide kystique dans la cavité péritonéale. Aussi je préfère de beaucoup la laparotomie qu'on est convenu d'appeler la méthode de Lindemann-Landau. Voici, en deux mots en quoi elle consiste : on incise la paroi abdominale, on ouvre le kyste et on suture les bords de cette incision aux lèvres de la plaie abdominale, de façon à transformer le kyste en une poche extérieure; puis on pratique des injections. Lindemann, quand il a divisé la paroi abdominale, coud le péritoine à la peau; puis, afin d'éviter l'effusion du liquide kystique dans la cavité du péritoine, il passe de chaque côté, parallèlement aux lèvres de l'incision abdominale, une anse de fil à travers la paroi du kyste, et confie cette anse à un aide chargé de la soulever. Il

---

lieu à de vives discussions dans la presse politique et professionnelle, plusieurs communes ont eu à faire appel aux médecins qui désireraient devenir titulaires.

Voici un aperçu des honoraires que donnent les municipalités aux médecins qui se mettent à leur disposition : à l'Escorial, commune de 1.150 habitants, le médecin municipal reçoit 999 pesetas (francs), pour 40 familles pauvres il traite de gré à gré avec les familles aisées.

A Aguero (Huesca), commune de 1.250 habitants, le médecin ne reçoit que 50 pesetas pour le service de la bienfaisance.

A Adelo (Murcie), le médecin de partido de Totana (1.369 habitants), reçoit 974 pesetas.

A Olocau (Valence), le médecin du parti de Livra (1.082 habitants), reçoit 250 pesetas pour la bienfaisance et traite avec les gens aisés.

Le médecin de Sella (1.800 habitants), province d'Alicante, reçoit 800 pesetas pour 200 familles pauvres.

A Casarrubuelos (province de Madrid), on offre au médecin municipal 4 pesetas 1/2 par jour pour l'assistance du village qui a 96 citoyens et 417 habitants.

A Orea (Guadalajara), le médecin reçoit pour 250 citoyens, 240 p. servant à l'assistance de 30 familles pauvres et 570 pesetas et 170 fanègues (930 hectol.) de blé pour les autres habitants.

A Abadia (Cacérès), le médecin est payé 2.000 pesetas pour toute la commune qui comprend 100 familles.

A Sentesteban del Puesto (Jaen), qui a 4.897 habitants, on donne au médecin 750 pesetas pour l'assistance de 300 familles pauvres.

A Torrebelena (Guadalajara), qui n'a que 422 habitants on donne au médecin 375 pesetas pour soigner 4 familles pauvres.

A San Martin de la Vega (Avila), qui a 779 habitants, le médecin reçoit 340 pesetas pour 20 familles pauvres et 2.000 pour le reste de la population.

On voit quelle variété il y a dans l'importance des services demandés aux médecins et dans le taux de leur rémunération.

V

Dernièrement, l'alcade de la « très illustre et toujours fidèle et héroïque cité d'Alicante » mettait au concours trois places de médecin chargés de l'hospitalisation domiciliaire aux appointements de 1.500 fr.

incise ensuite le kyste dans la direction et dans l'intervalle de ces anses, le vide et fixe par la suture la paroi kystique à la paroi abdominale. Au lieu de passer préalablement une anse de fil de chaque côté, Landau, avant d'ouvrir le kyste, passe à chaque angle de l'incision abdominale, un point de suture transversal fixant le kyste à la paroi. Je vous ferai observer que les précautions prises par Lindemann et Landau, avant l'ouverture du kyste, pour éviter l'épanchement du liquide dans le péritoine, n'ont pas toute la valeur qu'on pourrait leur supposer.

Lorsque, dans le procédé de Nélaton pour l'établissement d'un anus artificiel, on commence par suturer l'intestin à la paroi abdominale avant de l'ouvrir, on est certain que l'intestin présente une résistance suffisante pour résister et ne pas se déchirer sous la traction des fils, mais la paroi des kystes hydatiques n'a pas la même résistance, et vous avez pu voir, au cours de l'opération que nous avons pratiquée, les fils déchirer la paroi kystique.

De là, possibilité d'un épanchement du contenu de la poche dans le péritoine, épanchement qui n'aura pas de suites bien fâcheuses, si ce liquide est purement séreux, mais peut en avoir de bien plus graves s'il est purulent. Aussi me paraît-il prudent, quand on a découvert le kyste, avant de le fixer même provisoirement, d'évacuer avec le trocart aspirateur tout au moins, la majeure partie du contenu.

Mais j'en reviens à notre malade. Je fis une incision longitudinale, de 6 à 7 centimètres environ, au niveau du bord externe du muscle droit; la paroi abdominale divisée dans toute son épaisseur, j'arrivai sur une poche à enveloppe très transparente, contenant un liquide séreux. J'essayai de la suturer aux deux extrémités de l'incision, mais elle était si ténue qu'elle se déchirait sous la traction des fils.

Je plaçai alors dans l'abdomen, au niveau de la partie inférieure de la plaie, une éponge portée sur une pince courbe. J'ouvris le kyste dont le contenu fut absorbé rapidement à l'aide de serviettes-éponges. J'aperçus alors plus profondément une tumeur du volume des deux poings, à paroi gris-rougeâtre. Je pensai bien qu'il s'agissait d'un kyste hydatique placé en arrière de celui que je venais d'ouvrir, mais afin de m'en assurer, je ponctionnai avec le plus fort trocart de l'aspirateur de Potain. L'issue d'un liquide parfaitement limpide ne me laissa aucun doute. Après avoir ainsi vidé le kyste, je l'incisai et suturai les bords de l'incision du kyste à ceux de la plaie abdominale à l'aide de 11 points de suture métallique. Je plaçai deux gros drains fixés par un point de suture à la paroi abdominale, et je lavai le kyste avec une solution boriquée. Le kyste ne contenait pas d'hydatides filles, et je pus enlever une partie de la membrane hydatide au moment de l'opération. Le reste a été enlevé les jours suivants.

L'opération n'a pas eu de suites fâcheuses, et il est probable qu'il ne s'est pas écoulé de liquide kystique dans la cavité péritonéale, car nous n'avons pas observé l'éruption d'urticaire qui se produit en pareil cas. La température s'est élevée à 38° le jour de l'opération, mais est rapidement revenue à la normale. Les adhérences entre le kyste et la paroi abdominale se sont promptement établies, et les fils ont pu être enlevés. J'ai aussi retiré les drains. Le lavage antiseptique se fait bien et la cavité kystique est réduite à fort peu de chose. Malheureusement le malade vomit presque tout ce qu'il prend, il ne se nourrit pas, et je crains bien qu'en dépit de tous nos efforts il finisse par succomber.

BACTÉRIOLOGIE

L'APPENDICITE ET LE BACTERIUM COLI COMMUNE (1).

Par M. le Dr Arnaud (de Lyon).

Le *bacterium coli commune* prend une importance croissante dans les manifestations inflammatoires abdominales d'origine intestinale. M. Malvoz a publié dernièrement encore un cas d'appendicite par le bacterium coli.

Nous pouvons y ajouter cinq cas d'inflammation de l'appendice suivis ou non de perforation.

Nos recherches bactériologiques ont été faites dans le laboratoire de M. le professeur Arloing à la Faculté de Lyon, et contrôlées pour la plupart par M. le Dr Rodet, qui s'est occupé tout spécialement de l'histoire de ce microbe. Voici le résumé de ces observations :

— La première, publiée dans le *Lyon médical* (juin 1891), concernait une jeune fille âgée de dix-huit ans, qui fut atteinte de perforation de l'appendice suivie de péritonite

(1) Communication à la Société de Biologie, séance du 7 novembre 1891.

Le traitement des pauvres et l'hygiène des maladies vénériennes entrent dans les attributions de ces médecins.

Outre le titre de licencié ou celui de docteur et l'exercice de la médecine pendant trois ans, les candidats doivent prendre part à un concours, qui aura lieu dans les soixante jours de la publication dans la *Gazette de Madrid* et le *Bulletin officiel de la province*. Voici les épreuves du concours : 1° examen d'un cas de pratique de médecine et chirurgie (aigu, autant que possible); 2° une opération du genre de celles appelées urgentes et application d'un appareil de fracture. Réponse à 10 questions : 3 de médecine, 3 de chirurgie (spécialement traumatisme), 2 d'obstétrique et médecine légale, 2 d'hygiène. L'examen du cas de médecine ou de chirurgie (tiré au sort sur 4 cas), sera fait pendant une demi-heure par le candidat, qui y réfléchira une heure, en parlera une autre heure et sera condredit par chacun de ses concurrents, sans que chaque contradiction puisse dépasser un quart d'heure.

Pour l'épreuve n° 2, le candidat tirera au sort sur 30 questions préparées par le jury et passera de une demi-heure à une heure à traiter le sujet.

Pour l'épreuve n° 3, le candidat parlera une demi-heure sur les 40 questions qu'il aura tirées au sort sur un total de 50.

Dans certaines villes, tous les services médicaux mis au concours sont hiérarchisés. Ainsi, à Bilbao (54.000 hab.), depuis le 1er avril 1891, les degrés de la hiérarchie sont ainsi établis : surnuméraire, médecin d'entrée de l'hôpital, médecin vérificateur des décès, médecin de la prostitution, médecin municipal d'un district avec l'assistance à domicile et les écoles, médecin de salles de médecine, médecin de salles de chirurgie, directeur de l'hôpital. Les honoraires varient naturellement depuis ceux du surnuméraire, qui n'en touche que pour ses suppléances, jusqu'au médecin-directeur, qui a 4.000 fr., en passant par les médecins et chirurgiens, qui ont 2.500 et 3.000 fr. Le médecin des décès s'occupe en outre de tout ce qui a trait aux cimetières et à la désinfection en cas de maladies contagieuses.

L'assistance est donnée aux pauvres des villes, mais dans des conditions qui varient malgré les termes mêmes de la loi reproduite plus haut. La plupart du temps, il suffit d'habiter la ville et d'être reconnu pauvre par la municipalité, la commission

généralisée. Une laparotomie trop tardive donna issue à une grande quantité de pus.

La mort survint quarante-huit heures après. A l'autopsie, on constata la perforation et des foyers purulents profondément situés sous les anses intestinales.

L'examen bactériologique du pus révéla la présence exclusive du bacterium coli. Nos cultures, comme d'ailleurs pour les cas suivants, ont été faites dans le bouillon, sur gélatine, sur pomme de terre, soumises à des températures variées, etc.

Ces cultures ont été constamment pures. Celles sur pomme de terre se faisaient remarquer par la faible coloration des colonies. C'est un exemple de plus à ajouter à ceux qu'ont observés MM. Charrin et Roger et M. le Dr Rodet, pour le bacterium coli commune provenant d'angiochotites suppurées. M. le Dr Rodet attribue ce phénomène au passage du microbe dans l'organisme.

— La seconde observation concerne un homme de vingt et un ans. Les accidents remontaient à neuf jours environ. Il entra d'abord dans un service de médecine à l'Hôtel-Dieu de Lyon. On tenta d'abord un traitement médical.

Les symptômes s'aggravèrent et le malade fut transporté au dixième jour dans la salle de M. Poncet, et opéré. Il existait du pus qui s'écoula à l'incision de la paroi. L'appendice avait le volume du petit doigt, les deux tiers inférieurs avaient subi une véritable dilatation ampullaire. Celle-ci était rouge, ecchymosée, recouverte d'adhérences. On réséqua l'appendice qui n'était pas perforé, on sutura soigneusement.

Drainage. Au centre de l'appendice existait une petite boulette fécale du volume d'un grain de blé.

L'examen du pus révéla le bacterium coli absolument pur. Les colonies sur gélatine ont été obtenues remarquablement belles, elles étaient toutes de même nature, pour ne parler que des superficielles qui offraient l'aspect déchiqueté habituel.

Le malade est mort deux jours après l'autopsie.

A *l'autopsie*, on trouva la suture de l'appendice intact. Dans le bassin existait une certaine quantité de liquide séro-purulent. En un mot, il s'agissait d'une péritonite généralisée et Malvaz a insisté sur la possibilité d'une infection microbienne du péritoine sans perforation des tuniques de l'intestin. L'interventin avait été trop tardive, l'appendice se trouvait en imminence de perforation et malgré la lenteur relative du processus, des exsudats infectieux avaient filtré à travers les diverses couches de l'appendice plus ou moins fissurées par la distension.

Ce cas n'est certainement pas en faveur de l'abstention.

— La troisième malade, femme de dix-huit ans, entra dans une salle de médecine le septième jour de sa maladie, ne fut transportée en chirurgie que le quinzième jour après le début et fut opérée par M. le professeur Poncet. Énorme abcès péritiphlytique se prolongeant dans l'excavation pelvienne.

Mort cinq mois après l'intervention à la suite d'une complication indépendante de sa pérityphlyte. Il existait en outre de la *tuberculose* du péritoine. — Corps réclamé, l'autopsie n'a pu être faite. Probablement tuberculose du cæcum.

A *l'examen bactériologique du pus*, je trouvai le bacterium coli associé au *staphyloccus pyogènes aureus*.

Un assez grand nombre d'éléments du premier microbe s'étaient allongés dans les cultures mixtes de bouillon et ressemblaient au bacterium coli soumis à une température de 45 degrés.

M. Rodet n'est pas éloigné de penser qu'il s'agit d'une forme *dysgénésique*, causée par un autre microbe.

L'inoculation d'un jeune lapin avec le staphylocoque ne détermina d'abcès ni dans les os, ni dans les reins.

— Le quatrième malade, homme de quarante-cinq ans, ne resta que dix jours à l'Hôtel-Dieu et sortit guéri.

Il fut opéré avant l'explosion d'accidents graves, par M. Poncet. L'appendice avait le volume d'un gros porte-plume recourbé en colimaçon. Excision de cet appendice après ligature. La muqueuse en est très rouge et recouverte d'un enduit muqueux, épais, glaireux. Au centre, comme enchâssé dans la lumière, à la partie moyenne de l'appendice, existait un calcul stercoral dur, de la forme et du volume d'un grain de blé.

L'exsudat muqueux de la surface de la muqueuse de l'appendice fut recueilli avec soin et donna des cultures pures de bacterium coli.

Notre dernier cas concerne une femme de quarante et un ans, qui entra dans un service de médecine le deuxième jour après le début des accidents graves. Après un traitement médical, elle fut transportée en chirurgie au dixième jour des accidents graves.

L'opération fut pratiquée par le Dr Jaboulay, suppléant M. Poncet. Cavité purulente close intrapéritonéale, pus très fétide. L'appendice est complètement sphacélé. Lavage du péritoine envahi par une fusée. — Mort vingt-quatre heures après.

A l'autopsie, on ne trouve pas d'adhérence entre la paroi abdominale et l'abcès précédent, l'épiploon était interposé.

Si l'abcès s'était ouvert spontanément avant l'opération, il aurait sûrement crevé dans le péritoine.

Le sphacèle en masse de l'appendice montre assez que l'intervention avait été trop tardive.

Cultures du pus qui décèlent le bacterium coli commune pur.

— *En résumé*, quatre cas d'appendites causées par le bacterium coli commune, à l'exclusion d'autre microbe, et un cas par bacterium coli et staphylocoque lesquels avaient traversé des ulcérations probablement tuberculeuses du cæcum et de l'appendice.

---

de bienfaisance ou les sous-commissions du quartier; dans d'autres (Alicante), on considère comme pauvres ceux qui ne paient pas de contributions et n'ont pas un salaire supérieur à 2 ou 3 fr. (Valence). Dans d'autres, il faut quatre ans de résidence (Pampelune) ou dix (Alsa, 1.500 hab., et Tolosa, 8.000 hab.).

Les consultations se font au domicile du médecin, à l'hôpital ou dans les maisons de secours; dans quelques villes il n'y en a pas.

Dans certaines (Saragosse), l'assistance officielle à domicile n'existe pour ainsi dire pas; de nombreuses sociétés y suppléent, m'a-t-on dit, car les ressources municipales sont très restreintes.

A Tarragone, l'ayuntamiento dresse la liste des pauvres autorisés à implorer la charité publique.

Tantôt les remèdes sont fournis gratuitement aux pauvres par le pharmacien titulaire de l'hôpital ou par les médecins de la ville, à tour de rôle, avec paiement au rabais des remèdes délivrés (60.000 fr. à Madrid, 400.000 habitants); tantôt la ville donne une somme fixe par forfait à un pharmacien choisi par elle : 750 fr. à Irun (9.900 hab.), 19.000 fr. à Séville (126.721 hab.): Dans certaines villes, les remèdes ne sont pas donnés gratuitement.

Dr C. Delvaille.

(A suivre.)

REVUE DES JOURNAUX

CONTRIBUTIONS A L'HISTOIRE DE LA BLENNORRHAGIE

I. — DEUX CAS D'AFFECTION GONORRHÉIQUE DE LA BOUCHE CHEZ DES NOUVEAU-NÉS, par le Dr ROSINSKI. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1891, n° 16, p. 569.)

II. — ABCÈS DU PÉNIS, COMME COMPLICATION D'UNE PÉRI-URÉTHRITE SANS PERFORATION DE L'URÈTHRE, par M. le Dr J. MAGHEE. (*The medical. Reccord*, 1891, n° 22.)

III. — SUR UNE COMPLICATION RARE DE LA GONORRHÉE (ABCÈS DU CORPS SPONGIEUX), par M. J.-H. NANKIEVELL. (*The Lancet*, 11 octobre 1890.)

IV. — UNE COMPLICATION RARE DE L'URÈTHRITE BLENNORRHAGIQUE, par le Dr FISCHEL. (*Prager medicinische Wochenschrift*, 1891, n° 10.)

V. — GONORRHÉE CHEZ UN ENFANT DE 3 ANS, AVEC RÉTRÉCISSEMENTS CONSÉCUTIFS; URÉTHROTOMIE INTERNE ET EXTERNE, par M. ABBE. (Analysé in *Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1891, n° 91, p. 1032.)

VI. — SUR LA GONORRHÉE DES CONDUITS GLANDULAIRES PARA-URÉTHRAUX ET PRÉPUTIAUX, par le Dr JADASSOHN. (*Deutsche medicin. Wochenschrift*, 1890, n° 25, p. 542, et n° 26 p. 568.)

VII. — SUR LA GONORRHÉE DES CONDUITS PARA-URÉTHRAUX ET PRÉPUTIAUX, par le Dr J. FABRY. (*Monatshefte für prakt. Dermatologie*, t. XII, n° 1, 1891.)

I. —M. Rosinski a communiqué à la Société médicale de Kœnigsberg deux cas d'affection blennorrhagique de la bouche chez des nouveau-nés, observés par lui; l'exactitude du diagnostic a été mise hors de doute par la constatation du gonococcus de Neisser dans la sécrétion morbide. A propos de ces deux cas, M. Rosinski a rappelé que les dermatologistes, les syphiligraphes et les gynécologues sont d'accord pour admettre que la muqueuse buccale est refractaire à l'infection blennorrhagique, grâce à la conformation de son épithélium; on considère aujourd'hui comme sans valeur les observations anciennes de blennorrhagie buccale, publiées par Fabre, Desruelles, Pétrazie, etc. Je rappellerai à ce propos qu'on ne saurait en dire autant du cas d'infection gonorrhéique de la bouche, publié par Cutler (voir *Gazette médicale*, 1889, n° 38, p. 451).

Voici un résumé des deux observations de M. Rosinski :

Une femme accouche le 15 janvier dernier dans la rue, et elle fut aussitôt après transportée à l'hôpital avec son enfant. On fit au nouveau-né, dans les yeux, une instillation prophylactique d'une solution de nitrate d'argent à 2 0/0. Malgré cette précaution, il fut pris d'une ophtalmie blennorrhagique grave de l'œil gauche, le 20 janvier suivant. Or, la mère avait des condylomes pointus, aux parties génitales, et un écoulement uréthral purulent. Le 23 janvier, à la visite du soir, on constata, chez l'enfant, l'existence d'un enduit tout à fait insolite sur la muqueuse de la bouche, en rapport avec une infiltration purulente, disséminée par plaques. L'examen microscopique démontra la présence du gonococcus dans cette sécrétion morbide, fait qui a été reconnu exact par le professeur Fraenkel. L'etat de la bouche commença à s'améliorer le 28 janvier, et le 25 février la guérison était achevée.

Dans l'intervalle, c'est-à-dire le 13 février, un autre enfant, âgé de 13 jours, fut amené à la clinique; il présentait les mêmes altérations buccales que le précédent. La sécrétion morbide, recueillie chez ce malade, contenait également des gonococcus. La mère était affectée d'une blennorrhagie uréthro-vaginale, qu'elle avait contractée au troisième mois de la grossesse. L'affection buccale a guéri sans laisser de traces visibles, en l'espace de deux jours.

Dans les deux cas, on s'est abstenu de toute intervention thérapeutique.

II.—Dans le cours d'une blennorrhagie, un étudiant de 18 ans avait remarqué, huit jours après le début de sa maladie, que son pénis était tuméfié; à la face inférieure du membre, on sentait entre la fosse naviculaire et le bulbe un foyer d'induration douloureuse, qui était le siége d'une fluctuation manifeste. Une incision donna issue à une grande quantité de pus. Une sonde, introduite à travers l'incision, pénétrait dans une excavation qui s'étendait de gauche à droite sur le dos de la verge au-dessus de l'urèthre. On y fit des lavages avec une solution phéniquée, et on y introduisit des tampons de gaze imprégnée de baume du Pérou. Malgré cela, il s'en écoulait une sécrétion fétide, et le travail de désorganisation se propageait dans le corps caverneux du côté gauche; on pratiqua une contre-ouverture, et on draina le trajet avec de la gaze. La cicatrisation marcha alors avec une très grande rapidité; au bout de quelques jours, il ne subsistait plus que deux fistules, qui mirent une quinzaine à s'oblitérer. Au bout de trois mois, la guérison était complète, il n'y avait aucune trace d'un rétrécissement de l'urèthre. A aucun moment il ne s'était échappé de l'urine par le trajet.

Ce fait est intéressant en ce que dans les cas d'abcès compliquant une périuréthrite, il persiste généralement une hypospadie très rebelle, ce qui n'a pas eu lieu chez le malade en question.

III. — M. Nankievell a observé un abcès du corps spongieux, survenu dans le cours d'une blennorrhagie, en dehors de toute influence traumatique et de toute autre cause appréciable. L'abcès siégeait à la partie moyenne du pénis et s'étendait des deux côtés de l'urèthre. En incisant, on évacua environ 8 grammes d'un pus verdâtre. Il n'y a pas eu de complications ultérieures.

IV. — M. Fischel a donné des soins à un jeune homme atteint d'une blennorrhagie qui se compliquait d'une violente épididymite avec fièvre intense. Trois jours après le début de l'épididymite, le malade se plaignait d'une forte céphalalgie, accompagnée de tintements d'oreilles; le lendemain il était complètement sourd.

M. Fischel est d'avis qu'il s'agissait d'une névrite gonorrhéique du nerf acoustique. Il fit des badigeonnages énergiques de teinture d'iode sur l'apophyse mastoïde, en même temps qu'il provoquait des sueurs abondantes. En l'espace de trois jours la surdité diminua sous l'influence de cette médication, et elle avait presque complètement disparu au bout de huit jours. L'épididymite subsistait encore; elle céda à la compression.

V. — M. Abbe a communiqué à l'Académie de médecine de New-York le cas d'un enfant de trois ans qui lui fut amené avec une prétendue incontinence d'urine. Le petit malade éprouvait des douleurs dans l'urèthre qui était le siége d'un léger écoulement hémorrhagique. Les parents racontèrent à M. Abbe que la semaine auparavant une jeune femme, qui était occupée dans leur maison, avait abusé de leur enfant. Quinze jours plus tard celui-ci avait eu la verge tuméfiée; il avait de l'incontinence et il souffrait dans le membre. Le pus qui s'écoulait par la verge contenait des gonococcus.

Des injections de sublimé à 1/8000 procurèrent une guérison rapide. Six semaines plus tard, la mère remarqua que l'enfant

ne pouvait plus uriner. L'examen pratiqué par M. Abbe fit constater l'existence d'un rétrécissement de l'urèthre, infranchissable par les plus petites sondes. Il fallut ponctionner la vessie; avec un appareil aspirateur on retira de cette cavité trois quarts de litre d'urine. L'enfant fut ensuite anesthésié au moyen des inhalations d'éther, et par le cathétérisme on constata l'existence de trois rétrécissements dans l'urèthre antérieur et d'un quatrième dans la portion membraneuse. On vint à bout des trois premières par le cathétérisme progressif, mais pour remédier au quatrième il a fallu pratiquer l'uréthrotomie externe. L'enfant s'est rétabli.

VI. — M. Jadassohn mentionne une série d'exemples de gonorrhée para-uréthrale, autrement dit de cas où une infection blennorrhagique avait envahi les glandes disséminées autour de l'urèthre, dans le gland et le prépuce. Tantôt l'affection intéressait les glandes comprises entre les deux feuillets du prépuce, tantôt des canaux qui débouchent an côté de l'orifice externe de l'urèthre, ou, chez la femme, à la face muqueuse des lèvres, canaux qui suivent un trajet parallèle à l'urèthre, tantôt des glandes dont le canal excréteur est également parallèle à l'urèthre et débouche sur les côtés du frein, tantôt des canaux situés à la partie dorsale du pénis et qui s'étendent depuis le sillon coronaire jusqu'à la symphyse.

Quelle que soit sa localisation, cette gonorrhée para-uréthrale ou préputiale passe par deux stades successifs, un stade aigu et un stade chronique. Pendant ce dernier, il se fait une sécrétion très peu abondante d'un muco-pus qui renferme des gonococcus spécifiques.

Le traitement le plus sûr consiste dans l'excision des glandes ou des trajets infectés. Quand cette intervention radicale se heurte à des impossibilités, il faut recourir au thermocautère, au nitrate d'argent, à l'électrolyse, à la discision du trajet malade avec cautérisation consécutive, suivant les circonstances anatomiques de chaque cas.

VIII. — Comme preuve de ce qu'une gonorrhée des glandes et des canaux para-uréthraux et préputiaux peut durer pendant des années sans donner lieu à des manifestations apparentes, M. Fabry cite le cas d'un confrère, qui avait eu, quinze années auparavant, une blennorrhagie, laquelle avait guéri en l'espace de quelques semaines, sans jamais récidiver. Chez ce confrère on constatait entre les deux feuillets du prépuce une petite tumeur du volume d'une lentille, très facile à déplacer. En pressant sur cette petite tumeur, on faisait sourdre à travers un orifice très fin, situé à côté du frein, une quantité très minime de liquide qui contenait des gonococus. Pas de trace d'un écoulement uréthral, l'urine était parfaitement normale.

La petite tumeur fut excisée. L'examen histologique fournit la preuve qu'il s'agissait d'une véritable glande constituée par un canal excréteur principal, tapissé par plusieurs couches de cellules épithéliales plates et qui se continuait par plusieurs petits canaux munis d'une seule couche d'épithélium cylindrique. Les cellules épithéliales plates et dans quelques-uns des corpuscules lymphatiques interposés à ces cellules logeaient des gonococcus.

Chez un autre malade qui avait eu une blennorrhagie quatre années auparavant, et qui était complètement débarrassé de tout écoulement uréthral, il était survenu un petit abcès du gland, qui fut incisé. Il subsistait à ce niveau un foyer d'induration, et quand on comprimait ce foyer, il s'écoulait par le méat uréthral, un liquide qui renfermait des gonococcus. On réussit à tarir cette sécrétion morbide, en détruisant le foyer d'induration avec le thermo-cautère. — E. RICKLIN.

BIBLIOGRAPHIE

LA THROMBOSE CACHECTIQUE, par Henri VAQUEZ, ancien interne des hôpitaux. — Thèse de Paris, 1890, chez Steinheil, éditeur.

La théorie de la coagulation spontanée du sang dans les veines, ébauchée par Bouchut pour expliquer la thrombose de la phlegmatia alba dolens, avait été battue en brèche, on le sait, par Cruveilhier.

L'éminent anatomiste défendit avec tout son talent la théorie de la phlébite, phlébite primitive, d'où dépendait la coagulation du sang. Pour lui, la cachexie des sujets chez qui celle-ci se montre n'est qu'une cause prédisposante, rien de plus.

On sait la réaction qui se fit par la suite contre les idées de Cruveilhier, sous l'inspiration de Virchow. N'ayant pas rencontré l'altération de la paroi veineuse, le professeur de Berlin se fit le défenseur de la théorie dite *« thrombose marastique »*, dans laquelle la coagulation était la conséquence d'altérations spéciales du sang, ou de modification dans le mécanisme de la circulation. C'est à cette dernière condition surtout qu'il rapportait l'origine des thromboses marastiques, le ralentissement de la circulation périphérique expliquant la coagulation du sang; ce ralentissement serait lui-même sous l'influence de la cachexie, diminuant la force motrice du cœur et les propriétés contractiles des vaisseaux.

Mais, dès 1874, Vulpian et autres tendaient déjà à mettre en doute la théorie de Virchow et à revenir à la conception de Cruveilhier. Zahn montra que les thrombus blancs ne s'expliquent que par une altération de la paroi. Weigert, Renaut, Troisier, enfin, dans sa thèse d'agrégation, ramenèrent l'attention sur la phlébite.

Les recherches bactériologiques vinrent depuis lors jeter quelque lumière en montrant dans le caillot et sur les parois veineuses la présence de microorganismes qui devaient jouer un rôle dans la production des caillots.

La théorie marastique pure était insuffisante pour expliquer les thromboses spontanées, et en dehors des conditions *physiques* que Virchow, Weber et Lancereaux avaient fixées, on dut chercher les conditions *chimiques* ou *physiologiques* qui la favorisaient.

Ce desideratum, Vogel le renferma dans le terme *inopexie*, qui n'expliquait rien; Denis (de Commercy), Schmidt et l'Ecole de Dorpat, dans l'*action d'un ferment fibrineux*; Hayem, Bizzozero, Eberth et Schimmelsbuch, dans les *altérations de certains éléments du sang*.

D'ailleurs, l'expérimentation venait battre en brèche la théorie trop absolue de Virchow. Zahn montrait qu'un léger choc sur un vaisseau suffit à en altérer la paroi endothéliale, et que c'est à ce niveau que la coagulation se fait; après lui, Glenart prouvait que le sang peut rester indéfiniment liquide dans un segment de veine lié aux deux extrémités, fait confirmé plus tard par Baumgarten, qui conserva pendant des mois du sang dans ces conditions. Les expériences de l'auteur sur les lapins et les chiens, l'ont amené à la même conclusion: *« En dehors d'une altération vasculaire, le ralentissement ou l'arrêt de la circulation sont incapables de produire des coagulations. »*

Les altérations de la crase sanguine peuvent-elles conduire à ce résultat?

Or, chez les animaux, chiens et lapins, inanitiés, la ligature double des vaisseaux ne provoque pas la coagulation. Il en est de même de l'abaissement de la densité du plasma.

Les lois établies par Lancereaux, relativement au siège pri-

mitif du caillot avaient posé en règle que la thrombose débute à la limite d'action des forces cardiaques et d'aspiration thoracique; qu'elle commence de préférence au niveau des nids valvulaires, et dans le trajet de la veine là où existent des plans aponévrotiques qui amènent la stagnation du sang. Mais ces règles souffent de nombreuses exceptions, ainsi que la loi de progression du caillot de la racine du membre vers son extrémité.

Que fournit l'anatomie pathologique? Ceci : c'est que dans les veines thrombosées il existe des traces indéniables de phlébite interne et de périphlébite, c'est que le caillot de la phlegmatia, qui correspond au caillot blanc de Hayem, ou par battage, se forme de préférence dans une veine liée quand la circulation y est ralentie, encore cette dernière condition n'est-elle pas absolue, puisqu'on a signalé des phlegmatia dans des maladies aiguës où elle n'était pas remplie.

En résumé la théorie marastique est insuffisante pour expliquer la pathologie de la phlegmatia alba dolens des cachectiques et des femmes en couche. Les conditions de coagulation qu'elle invoque comme capitales ne sont qu'accessoires et de second plan.

Quel est l'élément dès lors qui se surajoute et de qui dépend surtout la précipitation du sang et la formation du thrombus? C'est *l'infection*.

Dans la fièvre typhoïde, on a reconnu depuis quelque temps l'existence de complications secondaires d'ordre pyohémique. Les travaux de Hutinel, de Dunin, de Polgnère en font foi. L'auteur en rapporte lui-même deux observations démonstratives, l'examen microbiologique montrant dans ce cas, au lieu du bacille typhique, des microcoques en zooglées et en chaînettes.

Comment apparaît la thrombose chez eux? Elle débute par une élévation de température avec frissons répétés, elle peut évoluer d'une façon favorable, mais souvent elle se complique d'accidents de même origine (abcès, phlegmons, broncho-pneumonie, pleurésie).

Il en est de même dans la tuberculose, les faits de Weigert, de Recklinghausen, de Friedlander en font foi ; l'auteur en rapporte un fait nouveau. De même dans le cancer, dans la chlorose.

Rien ne s'oppose donc en partant de simples données cliniques, que la phlegmatia du cachectique ne relève, comme celle des femmes en couche, d'une infection. Quelque importance qu'on accorde à ces données, l'examen des veines, et la présence dûment constatée de microorganismes, associés aux foyers phlébitiques, devaient constituer un faisceau de preuves beaucoup plus certaines et beaucoup plus convaincantes.

L'apparition rapide et constante de la périphlébite, les lésions endo-phlébitiques constantes, associées à des lésions à distance (entérite, infarctus), paraissent en effet, exclusivement de manifestations inflammatoires d'ordre infectieux.

Or, les recherches de M. Vaquez lui ont permis de déceler dans le sang de la rate, chez un tuberculeux, la présence de microorganismes pathogènes. La recherche des microorganismes dans les vaisseaux et dans le sang des parties thrombosées, a donné généralement des résultats plus positifs. Dans quatre cas, il a pu constater la présence des microorganismes. Dans trois de ces cas, il s'agissait de phlegmatia plus un d'artérite. Dans les trois cas de phlegmatia, il s'agissait de tuberculose pulmonaire, d'épithélioma ulcéré du col de l'utérus, une fois d'une fièvre typhoïde grave.

Ces microorganismes se retrouvaient dans les parties centrales du caillot, réunis en amas zoogléiques, beaucoup plus riches aux points de la prolifération de la tunique interne et en plein bourgeon endophlébitique.

Ils se trouvaient isolés entre les éléments conjonctifs de nouvelle formation, sans pénétrer dans les éléments de la tunique moyenne.

Dans les artères ces microorganismes ont été vus au niveau de la tunique externe de l'artère et dans les vasa vasorum, accompagnés toujours dans ceux-ci par des amas de fibrine. Les vaisseaux de nouvelle formation qui pénétraient la tunique moyenne en renfermaient également, ainsi que la tunique interne et jusque dans le caillot.

Les cultures ont donné un organisme identique au streptocoque pyogène.

Des expériences faites sur le chien ont montré le rôle des microorganismes dans la production des thrombus, elles ont montré en même temps le rôle joué par les *produits solubles* de certains d'entre eux.

Par quelle voie arrivent ces microbes, est-ce par la circulation générale, est-ce au contraire, par les vasa vasorum? La fréquence des microbes dans les parois externes de la veine et dans les vasa vasorum semblerait faire pencher vers la seconde hypothèse. Une fois qu'ils sont arrivés au contact de l'endothélium, celui-ci devient le siège de lésions qui sont, comme on sait maintenant, un point d'appel pour la coagulation du sang.

Quant à leur action sur les éléments du sang, il est acquis que ces microorganismes sont presque toujours en rapport avec les amas leucocytiques qui bordent les parois du vaisseau, et qu'ils déterminent autour d'eux, la précipitation de la fibrine.

Ajoutons que d'après les expériences de Kohler sur le pus, et celles faites par M. Vaquez avec les produits solubles, ceux-ci auraient une action réelle sur la coagulation du sang.

En résumé, la thèse de M. Vaquez tend à diminuer l'importance des conditions physiques et chimiques du sang dans la pathogénie des thromboses cachectiques, pour faire de celles-ci une conséquence de la phlébite, occasionnée elle-même par une infection, le plus souvent surajoutée à la maladie cachectisante primordiale.

C'est le retour à la théorie de Cruveilhier, avec, en plus les preuves expérimentales que la microbiologie met aujourd'hui entre nos mains.

H. BARBIER.

BULLETIN

HYPERTROPHIE PROSTATIQUE ET ARTÉRIO-SCLÉROSE. STATISTIQUE SANITAIRE DE L'ARMÉE FRANÇAISE.

On a proposé différentes théories pour expliquer l'origine et la fréquence de l'hypertrophie prostatique chez les vieillards; la meilleure, ou du moins la plus généralement admise, est celle qui a été formulée il y a longtemps déjà par M. le professeur Guyon, et que les élèves de ce maître éminent ont acceptée à peu près sans restriction. Cette théorie fait dépendre l'altération prostatique d'une lésion générale du système vasculaire, ou plus exactement d'une artério-sclérose généralisée, dont elle serait une manifestation particulière et une simple localisation. M. Guyon admet que l'appareil urinaire dans son ensemble participe à cette dégénérescence, qui intéresserait non seulement les organes glandulaires, mais aussi les autres parties constituantes, telles que les muqueuses et les muscles lisses, qui font partie de la charpente des réser-

voirs. Cette conception, qui s'appuie sur des considérations d'anatomie pathologique très élevées, est à la fois séduisante et fort vraisemblable : mais elle implique en même temps une appréciation pronostique particulièrement fâcheuse vis-à-vis des lésions incriminées, puisqu'elle assigne à celles-ci une cause irrémédiable, presque fatale, dont la constatation est pour ainsi dire synonyme d'incurabilité. De fait, c'est dans ce sens que l'École de Necker oriente depuis longtemps la thérapeutique à instituer contre une affection extrêmement fréquente, et de conséquences souvent fort graves.

Faut-il croire que cette théorie est l'expression définitive de la vérité, ou bien doit-on la tempérer par certaines réserves applicables à des cas particuliers, sinon à la majorité des faits cliniques observés chaque jour ? On devrait répondre affirmativement à cette dernière question, d'après un chirurgien de Berlin, M. le Dr Casper, qui vient de marquer son opposition au moins temporaire à la doctrine française, dans un mémoire présenté à la Société médicale de cette ville. M. Casper s'est proposé de déterminer, par des recherches approfondies, les rapports de l'hypertrophie prostatique avec les lésions vasculaires. Sur un total de 28 cas choisis à dessein, il a constaté 24 fois cette hypertrophie.

Dans ces 24 cas, il rencontra 9 fois l'artério-sclérose aortique : mais il ne constata la même lésion que 8 fois dans les reins, 8 fois dans l'artère vésicale, 9 fois dans les artères vésicales de petit calibre, et 4 fois seulement dans les vaisseaux intra-prostatiques et péri-prostatiques. Par contre, dans les 4 cas où il n'y avait pas hypertrophie prostatique, les vaisseaux présentèrent des traces évidentes d'artério-sclérose. De ces faits, on peut déjà conclure que l'altération vasculaire n'est pas constante chez les prostatiques, et surtout qu'elle n'est pas toujours répartie d'une manière uniforme dans les différentes parties de leur appareil urinaire. On peut en induire aussi que cette altération vasculaire n'est pas le seul procédé pathologique susceptible d'engendrer l'hypertrophie prostatique, puisque cette dernière lésion existait manifestement chez 4 sujets indemnes des altérations de l'artério-sclérose.

Ces conclusions paraissent offrir toute la rigueur désirable, bien qu'elles n'aient pour elles qu'un nombre de faits relativement restreint. Mais on sait que, en pareille matière, la qualité des observations importe plus que leur nombre, et celles de M. le docteur Casper paraissent avoir toute la précision voulue. Notre confrère de Berlin fait remarquer aussi, non sans un certain degré de vraisemblance, que le fait général de l'hypertrophie ne s'accommode guère avec l'étiologie invoquée, car ce fait est synonyme d'accroissement de la nutrition, d'hyperplasie, deux termes qui sont contradictoires de celui d'artério-sclérose, lequel implique bien plutôt l'idée de dégénérescence dans le sens d'atrophie. Cette objection acquiert une importance toute particulière, si l'on veut bien considérer que toute prostate hypertrophiée est le siège d'une néoformation de tissu et que, d'autre part, la majorité des sujets porteurs de cette lésion jouissent d'une santé intacte jusqu'à un âge fort avancé. Toutes ces remarques sont justes et motivent suffisamment les réserves que le médecin allemand a cru devoir introduire vis-à-vis de la théorie du professeur Guyon, incriminée ici tout au moins dans ce qu'elle a de trop général et d'absolu. Nous ne pouvons songer à prendre position à notre tour dans un débat ouvert seulement d'hier et pour lequel toute compétence spéciale nous fait défaut. Mais nous avons jugé utile de faire connaître les critiques formulées ailleurs contre une doctrine toute française, critiques dont on ne peut contester la valeur, bien qu'elles émanent d'un milieu étranger généralement peu suspect de bienveillance envers les productions scientifiques de notre pays.

— Tous ceux qui s'intéressent aux choses de l'armée, doivent se préoccuper de son état sanitaire, par lequel on peut apprécier la valeur des réformes apportées récemment dans le régime des établissements militaires, au nom d'une hygiène de plus en plus éclairée et de mieux en mieux comprise. M. le Dr Longuet vient de résumer à ce propos, dans la *Semaine médicale*, les derniers documents statistiques publiés par le Ministère de la Guerre. Le fait le plus saillant et en même temps le plus consolant qui se dégage de cette étude, est celui de la diminution progressive et chaque année plus marquée de la mortalité dans l'armée française. Le chiffre qui exprime cette mortalité a atteint, en 1889, le taux le plus bas qui ait été constaté jusqu'à ce jour, soit 6,19 0/00. On appréciera le progrès indiqué par cette proportion, en comparant celle-ci avec le taux de la mortalité dans les années précédentes, c'est-à-dire : 10 0/00 en 1870, puis, dans les années suivantes, successivement 9, 8 et 7 0/00.

M. Longuet fait remarquer avec à propos que cette chute graduelle et soutenue ne doit rien aux coïncidences fortuites et aux hasards des séries. Du reste, cette proportion de 6,19 0/00 représente la moyenne de l'armée, moyenne grevée de l'excédent que des conditions spéciales imposent aux troupes coloniales. Cet excédent mis à part, le chiffre réel de la mortalité à l'intérieur de la métropole égalerait à peine 5,39 0/00, chiffre non encore obtenu jusqu'à ce jour. Il faut reporter, sans hésiter, aux précautions d'hygiène et aux mesures prophylactiques instituées le mérite de cette situation vraiment excellente et qui paraît appelée à devenir encore meilleure, avec la pratique de mieux en mieux entendue des prescriptions édictées par les Commissions spéciales.

Si maintenant on jette un coup d'œil sur le tableau d'ensemble d'où se dégagent les résultats précédemment énoncés, on voit que certaines maladies y figurent toujours en majorité, comme pourvues d'un caractère d'ubiquité et de généralisation qui implique par là même de notre part l'obligation de les poursuivre à outrance. Telle est la fièvre typhoïde, dont on signale çà et là quelques recrudescences, grâce auxquelles le taux de proportionnalité des cas de mort dus à cette pyrexie présente une élévation momentanée et partielle, qui, du reste, ne préjuge rien contre une diminution générale dans l'ensemble. Telle encore la grippe qui, sous le nom d'*influenza*, s'est fait connaître il y a deux ans par son invasion foudroyante et sa gravité vraiment redoutable. On a fait, à l'occasion de cette remarquable épidémie, des constatations fort importantes qui éclairent d'un jour nouveau l'histoire de ces maladies universelles dont plusieurs contrées, parfois même un continent, se trouvent frappés presque simultanément, et auxquelles l'humanité doit tant de victimes. Toujours est-il que la grippe a prélevé sur les agglomérations militaires un lourd tribut, bien plus onéreux que celui qu'elles payent aux fièvres éruptives, dont la bénignité commune ne s'est pas démentie. Quant à la tuberculose, on constate qu'elle reste à peu près stationnaire, continuant comme par le passé à compter pour 1/6 de la mortalité générale, et pour 1/4 dans la totalité des cas de réforme. Cette dernière remarque serait propre à inspirer des doutes sur la valeur des mesures prises dans les casernes, si nous ne connaissions le pouvoir de diffusion et la résistance du contage tuberculeux, et l'aptitude morbide des hommes de notre génération vis-à-vis de ce contage.

Quoi qu'il en soit, la conclusion principale et certainement

fort encourageante à tirer de cette étude, c'est que la situation sanitaire de l'armée est devenue bonne, que de plus elle est susceptible d'une amélioration presque indéfinie. On ne manquera pas de reporter le mérite de cet inappréciable résultat aux réformes déjà réalisées et à l'application de plus en plus rigoureuse des préceptes d'une hygiène qui, de nos jours, est devenue vraiment la plus tangible des réalités.

P. MESELIER.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité d'hygiène publique de France.

Rendant compte de l'état sanitaire à l'intérieur, M. Monod dit qu'il n'a pas été signalé à l'administration supérieure d'épidémie depuis la dernière séance et il demande aux membres du comité s'ils ont quelques communications à faire au sujet de la présence de l'influenza à Paris.

M. Brouardel répond que la maladie existe certainement à Paris. La semaine dernière, le nombre des décès a augmenté de cent environ ; cette augmentation est due presque tout entière à des cas de broncho-pneumonie. Du reste, les Parisiens ne sont pas les plus malheureux, les populations de l'Ouest, spécialement du Sud-Ouest, paraissent plus gravement atteintes.

M. Collin dit qu'il y a quelques cas d'influenza dans la garnison de Nantes.

M. Proust dit que les nouvelles sur les progrès de l'influenza qui arrivent de tous les points de la Silésie deviennent assez inquiétantes.

Les médecins des Pyrénées-Orientales et le choléra d'Espagne. — L'Association des médecins des Pyrénées-Orientales vient d'assigner devant le tribunal civil de Perpignan le préfet du département, représentant l'Etat, et le maire de Perpignan, représentant la ville.

Les faits qui ont motivé cette assignation remontent à l'année dernière, au moment où, le choléra s'étant déclaré sur certains points du territoire espagnol, des mesures furent prises à la frontière française.

En vertu de deux décrets du 28 juin et du 2 juillet 1890, le gouvernement enjoignit à tous les voyageurs provenant d'Espagne, de se présenter à la mairie des villes dans lesquelles ils s'arrêteraient pour y fixer leur résidence, et il enjoignit, en outre, aux maires de toutes les communes de France. de faire procéder à la visite sanitaire, pendant trois jours, de tous les voyageurs venant de l'autre côté des Pyrénées. Le maire de Perpignan s'entendit avec les médecins de la ville, lesquels, moyennant 3 francs dans l'enceinte de la ville et 6 francs dans la banlieue, prix débattu et consenti, s'engagèrent à faire les visites sanitaires exigées par le ministre.

Quand tout danger cholérique fut écarté les médecins présentèrent au Conseil municipal de Perpignan leur note, montant au chiffre de 12.429 fr.

Le Conseil municipal adressa la note au ministre avec prière de la régler, disant que, puisqu'il avait ordonné les visites, c'était à lui de les payer.

Le ministre de l'intérieur répondit qu'il voulait bien participer à la dépense, gracieusement, pour une somme de 3.000 fr., mais que les frais de visites devaient, d'après les décrets, être supportés par ville.

Le conseil municipal distribua aux médecins les 3.000 fr. ministériels, mais refusa obstinément de donner un centime de plus sur les fonds communaux, prétendant que, la mesure ayant été prise pour sauvegarder la nation entière, il était absolument injuste qu'une ville payât pour tout le pays sous prétexte qu'elle était la ville frontière.

Depuis un an, le conflit dure sans que les parties aient pu se mettre d'accord. C'est pourquoi les médecins, las d'attendre, viennent de s'adresser aux tribunaux pour obtenir le règlement soit par l'Etat, soit par la ville, des 9.429 fr. restant dûs.

— Le ministre de l'intérieur vient d'adresser aux directeurs de santé dans les ports une circulaire spéciale relative aux mesures de désinfection à prendre en cours de traversée ou à l'arrivée des navires venant de pays suspects de choléra ou de fièvre jaune.

Cette instruction porte que, dorénavant, tout navire dans cette condition devra subir à son arrivée la désinfection du linge sale et des effets à usage ayant servi.

La désinfection sera faite au moyen de l'étuve à vapeur sous pression. Elle devra être commencée sans aucun délai et conduite avec la plus grande rapidité.

On ne pourra se dispenser de cette pratique, que si le médecin du bord formule la déclaration qu'elle a eu lieu au cours de la traversée.

Le ministre ajoute que les ports de l'extrême Orient doivent être en tout temps considérés comme suspects de choléra.

— Le ministre des affaires étrangères a entretenu le Conseil des ministres de la prochaine réunion à Venise d'une conférence internationale qui s'occupera de la réorganisation de la commission sanitaire d'Alexandrie et qui examinera les conditions dans lesquelles pourra être autorisé le passage en quarantaine dans le canal de Suez. Le gouvernement sera représenté à cette conférence par M. Barrère, ministre plénipotentiaire, et par les D[rs] Brouardel et Proust.

— On sait que le Sénat avait demandé qu'on consultât les conseils généraux au sujet de la suppression des officiers de santé. Dans sa séance du 2 décembre, le Conseil général de la Seine s'est prononcé pour la suppression pure et simple de l'officiat.

NECROLOGIE

M. Bouchut (Jean-Eugène), né le 18 mai 1818, à Paris, mort dans cette ville, le 26 novembre dernier, était interne des hôpitaux de la promotion de 1838 et il remporta la médaille d'or au concours de l'internat de 1842. Docteur en médecine la même année, chef de clinique en 1848, médecin du bureau central en 1849, puis, en dernier lieu, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades jusqu'à la fin de 1883, époque de sa mise à la retraite, il avait concouru pour l'agrégation en 1850, puis en 1853, date de sa nomination. Trois fois lauréat de l'Institut, pour ses ouvrages sur Les signes de la mort (1848), un Traité des maladies des enfants (1855) et un Traité de diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscope.

Voici la liste de ses travaux les plus importants : La vie et ses attributs, 1862. — De l'état nerveux aigu et chronique ou nervosisme, 1860. — Manuel pratique des maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle, 1855 (3[e] édition). — Leçons cliniques sur les maladies de l'enfance, 1858. — Nouveaux éléments de pathologie générale et de séméiologie. — Des méthodes de classification en nosologie, 1853. — Du diagnostic des maladies du système nerveux par l'ophthalmoscopie, 1866. — Mémoire sur l'hygiène et l'industrie de la peinture ou blanc de zinc, 1852. — Histoire de la médecine et des doctrines médicales, 1864. — De nombreux mémoires sur les maladies des enfants, etc., etc. Notre confrère était à Paris pour les maladies des enfants un praticien très occupé. Plusieurs de ses travaux ont une valeur réelle.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris.

CANDIDATS AU CONCOURS D'AGRÉGATION.

MM. Achard, Babinski, Brault, Cassaët, Charrin, Duflocq, Gaucher, Gilles de la Tourette, Jeannel, Le Dantec, Lesage, Menetrier, Rauzier, Rémond, Richardière, Roger, Thibierge, Thoinot, Widal, Marfan, *pour Paris*.

MM. Bernard, Auché, Courmont, Charmeil, Bret, Boyer, Devic, Picq, *pour Lyon*.

MM. Morel, Gaube, *pour Toulouse*.

M. Hanshalter, *pour Nancy*.

— Le personnel auxiliaire de la Faculté de médecine de Paris est composé, pour l'année scolaire 1891-1892, ainsi qu'il suit :

Travaux pratiques. — MM. Hanriot, chef des travaux; Groslons, préparateur; Bouveault; Saint-Pierre; de Person; Cambier, préparateurs-adjoints.

Physique. — MM. Weiss, chef des travaux; Sandos, Mergier, préparateurs.

Histoire naturelle. — MM. Faguet, chef des travaux; Artault, Menrisse. Gastinel, préparateurs.

Histologie. — MM. Rémy, chef des travaux; Variot, chef adjoint; Chatellier, préparateur; Launois, Girode, Pilliet, Moran, Martin-Dürr, de Grandmaison, aide-préparateurs.

Anatomie pathologique. — MM. Brault, chef des travaux; Widal préparateur; Parmentier, Nicolle, Legry, Critzmann (Daniel), moniteurs.

Physiologie. — MM. Laborde, chef des travaux; Rondeau, chef adjoint; Saint-Hilaire, préparateur.

LABORATOIRES DE RECHERCHES ET D'ENSEIGNEMENT.

Anatomie pathologique. — MM Chantemesse, chef; Toupet, préparateur.

Botanique. — M. Heim, préparateur.

Physiologie. — MM. Langlois, chef; Héricourt, chef adjoint.

Thérapeutique et matière médicale. — MM. Gilbert, chef; Winter, préparateur.

Pathologie et thérapeutique générales. — MM. Charrin, chef; Roger, préparateur.

Médecine légale. — MM. Descoust, chef des travaux; Ogier, chef de laboratoire de chimie; Vibert, chef de laboratoire d'anatomie pathologique.

Histologie. — M. Retterer, préparateur.

Chimie. — MM. Fauconnier, chef des travaux de chimie biologique; Glaize, préparateur adjoint.

Pathologie expérimentale et comparée. — MM. Wurtz, chef; Sanchez-Toledo, Mosny, Teissier, moniteurs.

Hygiène. — MM. Netter, chef; Martin, préparateur.

Pharmacologie. — MM. Villejean, chef; Béret, préparateur.

LABORATOIRE DE CLINIQUES

Clinique médicale (Charité). — MM. Drouin, chef des travaux chimiques; Suchard, chef des travaux d'anatomie pathologique; Springer (Maurice-Louis), chef des travaux de physiologie pathologique.

Clinique chirurgicale (Charité). — MM. Cazin, chef; Dubar, aide.

Laboratoire des cliniques (Hôtel-Dieu). — MM. Gley, chef; Cherbuliez, chef adjoint; Beretta, Lapicque, aides.

Clinique médicale (Pitié). — MM. Lesage, chef des travaux chimiques; Belin, chef des travaux anatomiques.

Clinique chirurgicale (Pitié). — M. Caussade, chef.

Clinique médicale (Necker). — MM. Marfan, chef des travaux d'anatomie pathologique; Bautecœur, chef des travaux chimiques.

Clinique chirurgicale (Necker). — MM Fabre-Doumergue, chef; Théolan, préparateur.

Clinique des maladies nerveuses. — MM. Richer, chef; Blocq, préparateur.

Clinique d'accouchements (clinique de la Faculté). — MM. Galippe, chef; Vignal, aide.

Clinique d'accouchements (Baudeloeque). — M. Lepage, chef.

Clinique des maladies mentales. — MM. Klippel, chef; Lefèvre, aide.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — MM. Darier, chef; Cathelineau, chef adjoint.

Clinique ophtalmologique. — M. Rochon-Duvigneaud, chef adjoint.

Clinique des maladies des enfants. — MM. Ledoux-Lebard, chef; Veillon, préparateur de chimie; Auclair, moniteur.

Clinique des maladies des voies urinaires. — MM. Hallé, chef (bactériologie et histologie); Chabrié, chef (chimie).

Préparateurs de cours. — MM. Pignot, histoire de la médecine; Chambrelent, cours d'accouchements; Chambrelent, conférences d'obstétrique; Coudray (chargé des fonctions), pathologie externe; Poulaillon, pathologie interne; Boulay, pathologie interne; Mussat, botanique; Martin (chargé des fonctions), hygiène; Bordas, médecine légale; Broca, physique; Hallopeau, chimie; Wissilieff, médecine opératoire.

Facultés et écoles des départements.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Larre est nommé prosecteur en rempl. de M. Daraignez. Sont nommés, aides d'anatomie: MM. Grimard, Fieux, Arnould :

M. Lafarelle est nommé préparateur de médecine expérimentale.

Faculté de médecine de Lille. — M. Gauthier est institué chef de clinique chirurgicale.

M. Joubin est nommé aide-préparateur d'histologie.

Faculté de médecine de Lyon. — Sont nommés, pour l'année scolaire 1891-1892:

1° *Chefs de laboratoire.* — MM. Bayrac, chimie organique et toxicologie; Meurer, clinique ophtalmologique; Mondan, clinique chirurgicale; Roux, clinique médicale; Barral, clinique médicale; Rochet, médecine opératoire; Vialleton, anatomie générale et histologie; Bar, anatomie pathologique; Didelot, physique médicale; Coutagne, médecine légale; Bodet, médecine expérimentale et comparée; Despeignes, zoologie; Doyon, physiologie; Beauvisage, matière médicale et botanique.

2° *Préparateurs de laboratoire.* — MM. Albertin, médecine opératoire; Cuilleret, clinique des maladies syphilitiques et cutanées; Lacroix, anatomie générale et histologie; Bret, anatomie pathologique; Genoud, zoologie; Courmont, médecine expérimentale et comparée; Amiel, physique; Gauthier, pharmacie; Gérard, anatomie; Briau, physiologie; Levrat, pathologie générale; Boyer, chimie générale; Serhouse, matière médicale et botanique; Nicolle chimie organique et toxicologie.

3° *Aides de clinique.* — MM. Gouilloud, Givre.

5° *Moniteurs de clinique.* — MM. Coronat, Chabalier, Pittevin, Loison, Chantre, Jamin.

M. Commandeur est chargé des fonctions d'aide d'anatomie.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Serre, agrégé, est maintenu en exercice et nommé chef des travaux chimiques; M. Faure est nommé aide de chimie.

Falcute de médecine de Nancy. — M. Prenaut est chargé des fonctions de chef des travaux anatomiques.

Faculté de médecine de Toulouse. — Sont maintenus : MM. Marie, chef des travaux de chimie; Bédart, chef des travaux de physiologie; Daumie, préparateur d'anatomie pathologique; Pezet, chimie; Duranthon, pharmacie; Soula, matière médicale, Soulié, histologie; Baylac, pathologie interne; Bardier, physiologie; Jammes, pathologie interne.

École de médecine d'Alger. — M. Delaval est nommé préparateur de physique et de chimie.

École de médecine d'Amiens. — M. Trépant, est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de

clinique obstétricale. — M. Lenoel est maintenu dans les fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

Ecole de médecine d'Angers. — M. Thibault est institué suppléant des chaires de pathologie et clinique médicales. — M. Sarazin est institué suppléant des chaires de physique et de chimie. — M. Gaudin est chargé d'un cours de physique.

Ecole de médecine de Besançon. — M. Prieur est délégué aux fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

Ecole de médecine de Clermont. — M. Meunier est délégué, dans les fonctions de suppléant, de la chaire d'histoire naturelle.

Ecole de médecine de Dijon. — M. Broussole est chargé d'un cours de pathologie externe.

Ecole de médecine de Grenoble. — M. Berger est maintenu, pour trois ans, dans les fonctions de directeur.

Ecole de médecine de Marseille. — M. Magon est chargé d'un cours d'anatomie ; M. Guigues est nommé préparateur de chimie et de pharmacie.

Ecole de médecine de Nantes. — M. Touaille de Larabie est chargé d'un cours de clinique chirurgicale.

Ecole de médecine de Reims. — M. Colleville est chargé des fonctions de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

Ecole de médecine de Rouen. — M. Bataille est institué chef des travaux anatomiques et physiologiques.

Ecole de médecine de Rennes. M. Dayot est chargé d'un cours de pathologie externe et de médecine opératoire.

— M. le Dr Henri Huchard commencera ses conférences de clinique et therapeutique médicales, à l'hôpital Bichat, le jeudi 3 décembre, à 9 heures 1/2, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Cours d'hygiène sociale. — M. le Dr A.-J. Martin commencera ce cours le jeudi 3 décembre, à 8 heures 1/2 très précises du soir, dans la salle des Prévôts, à l'Hôtel-de-Ville.

Le cours comprendra : 1° des leçons le jeudi soir, à 8 heures 1/2, à l'Hôtel-de-Ville ; 2° des conférences pratiques le dimanche à 9 heures 1/2 du matin, chaque fois dans un endroit spécialement indiqué à l'avance par une affiche manuscrite à l'Hôtel-de-Ville. (Les personnes qui désireraient être prévenues régulièrement à domicile des endroits où ces conférences auront lieu, sont priées d'envoyer leurs nom et adresse à M. le Dr A.-J. Martin, 3, rue Gay-Lussac.)

La première conférence pratique aura lieu aux Maisons ouvrières de Passy-Auteuil, près le Point-du-Jour, dimanche 6 décembre.

BULLETIN HEBDOMADAIRE DE STATISTIQUE MUNICIPALE

DÉCÈS NOTIFIÉS DU 15 AU 21 NOVEMBRE 1891

Fièvre typhoïde, 15. — Variole, 0. — Rougeole, 3. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 2. — Diphtérie, croup, 23. — Choléra, 0. — Phtisie pulmonaire, 187. — Autres tuberculoses, 39. — Tumeurs cancéreuses et autres. 61. — Méningite, 29 — Congestion et hémorrhagies cérébrales, 40 — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 5. —Maladies organiques du cœur, 57. — Bronchite aiguë et chronique, 68. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 128. — Gastro-entérite des enfants : Sein, biberon et autres, 51. — Fièvre et péritonite puerpérales. 3 — Autres affections puerpérales, 1. — Débilité congénitale, 26. — Sénilité, 38. — Suicides et autres morts violentes, 23. — Autres causes de mort, 193. — Causes inconnues, 19. — Total 1.024.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame — Téléphone.

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr **F DE RANSE**

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 58, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

RECHERCHES SUR LES TATOUAGES DES PIQUEURS ET DES RHABILLEURS DE MEULES.

Par M. G. VARIOT
médecin des hôpitaux,
et M. RAOULT
interne des hôpitaux.

La plupart des ouvriers qui façonnent la pierre meulière avec des instruments coupants d'acier présentent des tatouages de la peau, qui sont bien connus des médecins légistes et de ceux qui s'occupent d'hygiène professionnelle.

Tardieu utilisait les taches colorées de la peau des meuniers pour l'identification. Vernois, dans un travail publié en 1862 dans les Annales d'hygiène et de médecine légale, s'exprime ainsi : « On remarque chez les meuliers une foule de petits points noirs aux doigts et aux mains, et qui produisent souvent une espèce de tatouage indélébile...; ces points noirs sont formés par la limaille d'acier, quand on taille et qu'on pique les meules. »

Pécholier et Saint-Pierre, en 1864, ont très bien étudié le mécanisme et la topographie de ces tatouages. La plupart de leurs observations concordent avec celles qu'a bien voulu nous communiquer le Dr Lagardère de la Ferté-sous-Jouarre.

Cette dernière ville est un des centres industriels les plus importants pour la fabrication des meules, et rien n'est plus facile que d'y trouver des tailleurs de meules porteurs de tatouages caractéristiques.

Nous citons à peu près textuellement la note du Dr Lagardère : « Le lieu d'élection des tatouages des ouvriers meuliers varie suivant leur genre de travail.

Ainsi chez les fabricants, ainsi appelés parce qu'ils fabriquent la meule avec des morceaux dégrossis d'avance, appelés *carreaux* qu'ils taillent, suivant les besoins, à coup de burin, le tatouage est situé au poignet dans le voisinage de l'apophyse styloïde du cubitus et s'étend plus ou moins haut sur l'avant-bras.

Chez les *dresseurs* ou chez les *gardes-moulins* dont le travail consiste à rhabiller la meule, à la mettre au moulage, le tatouage se montre à la face dorsale des premières phalanges des doigts et plus rarement sur la face dorsale de la main.

Les *épaneurs*, ceux qui dégrossissent la pierre meulière et la mettent en carreaux, ont les marques colorées sur la face dorsale des premières phalanges des doigts; mais ces marques sont clairsemées, formant un piqueté disséminé.

Les deux mains ne sont pas tatouées également.

C'est la main qui dirige le marteau qui porte les tatouages chez les *dresseurs*, les *rhabilleurs* et les *gardes-moulins* ainsi que chez les *épaneurs*.

Dans les premières années de travail, les taches de la peau sont noires ou brunâtres; elles se foncent en vieillissant, de sorte que, sur la main des anciens ouvriers, on distingue aisément les marques récentes des marques anciennes.

La coloration apparaît immédiatement après la pénétration des particules d'acier, elle est circonscrite d'abord et s'étale à la longue.

Quand des tatouages dus à l'acier coexistent sur le même ouvrier avec des tatouages à l'encre de Chine, on remarque que les nuances sont très différentes dans les deux variétés. Les tatouages faits à l'encre de Chine sont beaucoup plus bleus.

Les éclats d'acier qui se détachent de l'instrument coupant pendant la taille atteignent ordinairement les mains, mais ils peuvent quelquefois sauter jusqu'au visage.

On observe de petits tatouages à la paupière, près de l'angle interne, et au lobule du nez. La cornée est touchée dans quelques cas, mais bien plus souvent la sclérotique offre des taches qui restent toujours noires. Pour se préserver les yeux, les ouvriers meuliers portent des lunettes grossières qu'ils font eux-mêmes avec du verre à vitre.

Quelques-uns seulement s'enveloppent la main directrice du marteau avec un chiffon.

Les instruments dont on se sert varient suivant le genre de travail. Pour *épaner* et mettre la pierre en carreaux, les ouvriers emploient des marteaux arrondis et à double pointe dont le poids oscille entre 300 gr. et 2 kilos.

Le manche de ces marteaux a 50 centimètres de longueur, ce qui explique le peu de confluence des tatouages des épaneurs.

Ceux qui fabriquent la meule se servent de burins à quatre faces, pour tailler les morceaux dits carreaux selon les besoins. Ils ont aussi un marteau plus petit que le marteau à rhabiller, avec lequel ils adoucissent les arêtes des morceaux de meulières pour les ajuster. Ce dernier instrument est manié d'une main. C'est pourquoi chez les ouvriers dits fabricants, outre le tatouage spécial du poignet, ou observe aussi des marques discrètes sur les premières phalanges des doigts. Les instruments ne diffèrent que peu pour le travail des dresseurs ou des gardes-moulins, le manche des marteaux ne dépasse pas 30 centimètres de longueur et les tatouages sur la main directrice sont par suite confluents. »

Le Dr Lagardère ajoute que, d'après le seul aspect des tatouages, on pourrait remonter à la spécialité professionnelle de l'ouvrier qui travaille la pierre meulière.

Le fabricant, l'épaneur, le dresseur et le rhabilleur auraient chacun leurs marques particulières.

La première question qui se pose en présence de cette variété de tatouage est de savoir quelle est la substance qui pénètre dans la peau pour produire les taches colorées. Seraient-ce les éclats aigus et tranchants de la pierre meulière, du grès, qui, sous le choc du marteau, jailliraient avec assez de force pour percer l'épiderme et s'enfoncer dans le derme en s'y fixant?

Les poussières de grès en suspension dans l'atmosphère sont entraînés avec l'air et déterminent de graves désordres dans les voies respiratoires. Peacock et bien d'autres pathologistes ont décrit les accidents broncho-pulmonaires auxquels sont sujets les hommes qui sont occupés dans les diverses industries où l'on taille la pierre meulière. On conçoit bien que les poussières de grès ne peuvent pas entrer aussi aisément dans la peau; il faudrait des fragments de grès d'un certain volume animés d'un mouvement très rapide pour perforer la membrane épidermique.

Mais, d'autre part, les instruments à tranchant d'acier maniés par les ouvriers, s'ébrèchent sur cette pierre très dure, et de petites parcelles d'acier, détachées du tranchant, peuvent rebondir et pénétrer dans la peau.

Peacock est incertain si les fragments colorés qu'on peut isoler dans la peau sont formés de pierre ou de fer. Nous démontrerons plus loin par l'analyse microscopique que la substance colorante de ces tatouages n'est pas constituée par du fer à l'état métallique, mais il n'est pas besoin de recourir au microscope pour reconnaître que cette substance n'est pas non plus de la pierre.

A la Ferté-sous-Jouarre, les grès taillés par les ouvriers sont presque incolores; or, dès les premiers jours, les marques des ouvriers ont des reflets noirâtres. Il est vraiment impossible de comprendre comment des fragments de pierre à peu près incolores donneraient une teinte noire, vus à travers une certaine épaisseur de peau.

Il y a quatre ans, j'ai essayé d'introduire dans la peau par l'opération du tatouage des poussières très fines de nuances jaune, rose pâle, etc., et je ne parvins pas à obtenir d'images colorées.

On est donc conduit par élimination à admettre que les tatouages des meuliers sont dus à la pénétration de particules d'acier dans la peau des mains ou du visage.

L'un de nous a observé, à l'Hôtel-Dieu annexe de Paris, un rhabilleur de meules qui avait renoncé à son métier depuis plus de dix ans. Cet homme présentait à la main des tatouages noir bruns; les plus grands ne dépassaient pas l'étendue d'une lentille, d'autres consistaient dans un simple piqueté noirâtre. Quant à la dissémination et à la topographie de ces taches, elles correspondaient à la description faite par le Dr Lagardère. Cet homme succomba à une cardiopathie et nous pûmes enlever après la mort des lambeaux de peau contenant les tatouages. On a épinglé ces lambeaux de peau de trois à quatre centimètres carrés sur des lièges et on les a immergés dans l'alcool à 90°.

Pendant la vie ou sur la peau fraîche du cadavre, il est plus aisé de distinguer les îlots colorés qu'après la macération des pièces dans l'alcool. L'épiderme est un peu opacifié, racorni par l'action du réactif, et les marques disséminées sur la surface épidermique, par lumière réfléchie, apparaissent assez vaguement. Au contraire, si l'on retourne la peau et qu'on regarde la face adhérente du derme, on aperçoit bien les taches noir-brun. — Pour préciser le siège et l'étendue des tatouages, il est préférable d'observer le fragment de peau par transparence par lumière transmise, on voit très distinctement de cette manière le contour et la dimension des places foncées dans l'épaisseur de la peau.

En faisant au rasoir une coupe verticale de la peau au travers d'un îlot coloré, on se sent généralement arrêté par un corps étranger qui ébrèche le tranchant de l'instrument, d'où la difficulté d'obtenir des coupes minces pour l'examen microscopique. — A l'œil nu, on remarque sur la surface de coupe une traînée discontinue, noirâtre, siégeant dans la partie moyenne du derme.

Par une dissection minutieuse avec un scalpel et des aiguilles, en coupant et en écartant les faisceaux dermiques, nous arrivons sur les parties colorées; la pointe du scalpel heurte contre des particules d'une dureté métallique que nous parvenons à mobiliser et même à extraire. Ces particules tout à fait noires, placées sur un papier blanc, ne sont pas plus grosses qu'un grain de semoule. Peacock les compare comme grosseur à des semences de pavots; mais on isole aussi de petits grains noirs fins comme de la poussière.

D'ailleurs, malgré ce changement de coloration partiel, la peau ne semble pas fondamentalement altérée dans la structure, elle n'est pas épaissie ou rétractée. elle ne porte pas de vestiges d'un processus inflammatoire.

Malgré les difficultés pour obtenir des coupes minces de peau, nous avons pu examiner quelques préparations dans lesquelles la couleur était conservée.

La substance colorante se présente en petits amas parfaitement visibles à l'œil nu, quand on regarde la coupe par transparence. A un faible grossissement, on distingue des blocs colorés, noirs, opaques, arrondis, qui occupent les deux tiers de l'épaisseur du derme. Les gros amas colorés sont comme encapsulés dans le tissu fibreux voisin qu'ils ont refoulé. Le diamètre des particules noires les plus grosses, varie de 1 à 3 dixièmes de millimètre, c'est-à-dire qu'en certaines places, elles s'élèvent jusqu'aux papilles et descendent jusqu'au tissu cellulaire sous dermique. La topographie précise de la couleur montre que si on voulait faire disparaître ces tatouages circonscrits par escharification, il faudrait produire une petite perte de substance assez profonde.

Examiné à un plus fort grossissement l'aspect de la couleur dans les préparations change notablement; si la coupe est très mince, les amas colorés sont d'un aspect brun, jaunâtre par lumière transmise; cette nuance est plus claire sur les particules plus petites. En ne laissant agir que la lumière réfléchie, c'est-à-dire en interposant la main entre le miroir réflecteur et la lumière solaire, la couleur prend des reflets brun rougeâtre.

Quelle est la constitution chimique de la matière colorante qui, fixée dans le derme, donne l'apparence du tatouage sur le vivant et qui, examinée à l'aide du microscope, offre les caractères optiques que nous venons de signaler? Ce n'est certainement pas de la pierre, pour la raison déjà énoncée que les éclats de meulière n'ont pas ou à peu près pas de couleur.

Est-ce de l'acier? les particules incluses dans le derme sont-elles formées par les fragments des instruments d'acier qui servent à la taille de la pierre?

La limaille fine d'acier, vue sous le microscope, dans les mêmes conditions que les particules extraites du tatouage, n'a pas les mêmes apparences; au lieu d'avoir une couleur noir-brun opaque, elle offre des reflets gris, métalliques.

D'ailleurs, les réactions chimiques démontrent que les amas

colorés, isolés, aussi bien que ceux obtenus dans les préparations, ne se comportent pas comme l'acier. Ces amas résistent à l'action de l'acide chlorhydrique et sulfurique en solution étendue ou concentrée, à chaud et à froid, tandis que la limaille d'acier se dissout rapidement avec un abondant dégagement gazeux. Nous avons donc été conduits à penser que les particules d'acier, incorporées dans le derme, subissent avec le temps des transformations chimiques, qui les rendaient inattaquables par les acides ; à priori ces transformations ne peuvent être que des oxydations. De même qu'une aiguille d'acier introduite accidentellement dans les tissus, et y séjournant, se recouvre d'une couche de rouille, de même chez les ouvriers meuliers, les fragments d'acier de petit volume, sous l'influence des humeurs dans lesquelles elles baignent continuellement, passent à l'état d'oxyde de fer.

Nous avons tenté de vérifier expérimentalement cette hypothèse si naturelle et voici le résultat de nos expériences : à diverses reprises nous avons cherché à faire pénétrer de la limaille fine de fer ou d'acier dans l'épaisseur de la peau de la face interne des oreilles d'un lapin ; nous avons pratiqué des scarifications à l'aide du rasoir et des piqûres serrées avec des faisceaux d'aiguilles, et nous avons essayé de faire entrer par pression les parcelles métalliques. Mais les jours qui suivirent, les parcelles disséminées dans les régions scarifiées ou piquées, furent éliminées par suppuration, lors du travail réparateur de la peau. Par ce procédé, nous n'avons donc pas réussi à reproduire sur les animaux des tatouages comparables à ceux des rhabilleurs de meules.

Il est vrai que les conditions de pénétration des particules métalliques étaient notablement différentes dans notre expérimentation, et dans les tatouages des ouvriers meuliers. Chez ces derniers, en effet, le fragment d'acier qui se détache du ciseau, ou du marteau tranchant est animé d'une grande vitesse, et entre assez profondément dans le derme, dont les couches superficielles, en vertu de leur élasticité, se referment rapidement sur le petit corps étranger : quelques gouttes de sang et une croûtelle, qui se dessèche et tombe au bout de quelques jours, sont les indices initiaux du tatouage qui sera visible par la suite. Il ne survient pas de suppuration et le minuscule bloc d'acier reste fixé dans l'endroit où il s'est enfoncé.

Pour donner une plus grande force de projection et de pénétration à la limaille d'acier, il faudrait l'introduire dans la peau par coup de feu ; nous n'avons pas réalisé cette expérience.

Néanmoins, par une voie indirecte, en quelque sorte, nous sommes parvenus à produire des tatouages expérimentaux, qui se rapprochent sensiblement, par leurs caractères extérieurs, de ceux des ouvriers qui travaillent la meulière. Nous avons eu recours à l'*oxyde de fer* finement pulvérisé comme matière colorante. Vue en masse, cette poudre a une couleur noir brun ; les grains examinés au microscope sont d'un noir opaque éclairés par lumière transmise, et d'un brun rougeâtre par lumière réfléchie.

La poudre d'oxyde de fer a été délayée dans de l'eau distillée ; pour peu qu'on agite le liquide, elle reste en suspension. Nous avons injecté avec une seringue de Pravaz de petites quantités de ce mélange trouble, sous l'oreille d'un lapin, et nous avons déterminé de petites taches brunes, opaques, qui ont apparu immédiatement dès que le liquide s'est infiltré sous le derme. Deux mois après l'injection, les taches ainsi produites, persistent mais elles ont pris une nuance brun violacé, examinées à la lumière réfléchie. L'oreille regardée par transparence, est d'une couleur noir-brun au niveau des traînées, qui représentent de véritables tatouages.

A l'aide d'un faisceau d'aiguilles et du même liquide contenant l'oxyde de fer en suspension, nous avons tatoué la peau glabre du ventre d'un jeune chien. Les particules d'oxyde de fer restées attachées aux aiguilles sont très bien entrées dans le derme, qui s'est trouvé coloré uniformément dans une certaine étendue. Il n'y eut pas de réaction inflammatoire notable à la suite de l'opération ; et un mois après, le tatouage offrait une nuance brun-foncé, avec des reflets violacés. L'animal mourut par accident deux mois après l'opération. Par comparaison, nous avions fait à côté du tatouage à l'oxyde de fer, un tatouage vulgaire à l'encre de Chine ; il est ainsi très aisé d'apprécier leurs caractères distinctifs à l'œil nu.

Le tatouage expérimental, vu au microscope sur des coupes minces, montre des particules colorées siégeant dans les couches superficielles du derme et interposées entre les faisceaux fibreux. Aucune réaction du côté des vaisseaux, ni des cellules dermiques ne se montre auprès de ces petits corps étrangers. Le diamètre de ces particules varie de 3 à 10 millièmes de millimètre ; elles sont noires par lumière transmise, et d'une nuance changeante rouge-brun par lumière réfléchie. Cette poudre d'oxyde de fer, introduite artificiellement dans la peau, donne des caractères optiques semblables à la substance colorante qui forme les tatouages du meulier.

Les tatouages des ouvriers meuliers sont indélébiles de même que les tatouages à l'encre de Chine, considérés comme typiques. Sur notre sujet nous avons observé les marques colorées des mains, dix ans après qu'il avait renoncé à sa profession. Mais si l'on poursuit le parallèle entre ces deux variétés de tatouages on relève d'autres différences importantes. Les tatouages à l'encre de Chine représentent ordinairement des figures, des images, des décorations intentionnelles faites par des procédés spéciaux.

Au contraire les marques des rhabilleurs de meules sont toujours accidentelles, très limitées et si on les rencontre dans des régions fixes, cela tient au genre de travail et à la manière dont on manœuvre les instruments, comme nous l'avons démontré avec les documents fournis par le Dr Lagardère.

Soit qu'on examine les tatouages humains, soit qu'on regarde les tatouages expérimentaux, obtenus avec l'oxyde de fer pulvérisé, on voit qu'ils ont une nuance noir brun, avec des reflets un peu violacés. Au contraire les tatouages au charbon, ou au noir de fumée, ou à l'encre de Chine, ont une teinte bleu foncé constante qui se rapproche de celle du bleu de Prusse.

Par des recherches antérieures, nous avons expliqué que cette teinte bleue spéciale était due à ce que les particules de charbon d'un noir absolu, étaient vues par transparence au travers de l'épiderme et de la substance du derme. Si les tatouages des meuliers ont des reflets violacés, c'est que la couleur noir brun incorporée dans la peau agit sur la lumière réfléchie autrement que le charbon qui est d'un noir absolu. Quant à la topographie de la couleur dans l'épaisseur de la peau, elle est entièrement différente dans les deux cas. Au bout d'un temps encore indéterminé, la poussière de charbon dans les tatouages à l'encre de Chine, a une tendance à se grouper autour des vaisseaux sanguins, formant en quelque sorte un manchon continu. Néanmoins des particules, toutes de très petit volume, restent éparses dans la trame du derme. Dans les tatouages des meuliers la couleur est répartie par gros blocs de 2 à 3 dixièmes de millimètre qui sont très espacés les uns des autres, écartant les faisceaux du derme, entre lesquels ils demeurent invariablement fixés. Au pourtour de ces gros îlots, la couleur diffuse un peu en particules plus déliées.

Les tatouages professionnels ne sont que peu ou pas difformes, et les personnes qui les portent ne cherchent pas à

s'en débarrasser. Si l'on voulait détruire ces marques, on n'y parviendrait pas en extrayant mécaniquement la substance colorante avec des aiguilles. Cette substance est trop friable, trop solidement fixée dans le derme, et elle s'effriterait par les tentatives d'arrachement. Il faudrait donc détruire localement le derme soit avec le fer rouge, soit avec les caustiques chimiques, et l'on obtiendrait de petites cicatrices, dont l'apparence varierait suivant l'épaisseur du derme intéressé.

REVUE DES JOURNAUX

CONTRIBUTIONS A L'HISTOIRE DE LA BLENNORRHAGIE

(Suite et fin). (1)

VIII. — SUR LA PRÉSENCE DU GONOCOCCUS DANS LE PUS DE L'URÉTHRITE CHRONIQUE, par le professeur GOLL. (*Correspondenz Blatt für schweiz. Aerzte*, 1891, n° 8.)

IX. — SUR L'ÉPOQUE ET LA CAUSE DU PASSAGE DE LA GONORRHÉE A L'URÈTHRE POSTÉRIEUR, par le Dr HEISSLER. (*Archiv. fur Dermatologie und Syphilis*, t. XXIII, fasc. 5, p. 765, 1891.)

X. — SUR LA CONTAGIOSITÉ DU PRODUIT DE SÉCRÉTION DE LA GONORRHÉE CHRONIQUE, par le Dr G.-E. BREWER (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseas*, 1891, fasc. 3.)

XI. — SUR L'URÉTHRITE ET LA PÉRI-URÉTHRITE, par J. ENGLISCH (*Centralblatt für Chirurgie*, 1891, n° 42, p. 819).

VIII. — Le professeur Goll a fait des recherches méthodiques sur des sujets ayant été antérieurement affectés d'une blennorrhagie, et consistant à examiner trois fois sur un même sujet, à des intervalles de temps plus ou moins considérables, le produit de la sécrétion uréthrale, dans le but d'y constater la présence éventuelle des gonococcus. Par exception, dans les cas où la sécrétion morbide persistait avec une opiniâtreté insolite, les examens étaient répétés chez le même sujet jusqu'à dix et quatorze fois. La sécrétion était recueillie en général le matin, avant la première miction, à la suite d'un cathétérisme ou d'une introduction de bougie; elle était puisée à différentes profondeurs de l'urèthre. Le tableau suivant donne une idée d'ensemble des résultats de ces recherches.

Temps écoulé depuis l'infection.	Nombre des cas.	Gonococcus.	Résultat négatif.	Proportion des résultats positifs.
—	—	—	—	—
4 semaines.....	85	40	45	47
6 —	54	21	33	38
7 —	35	11	24	31
2 mois.........	75	15	60	20
3 —	76	13	63	17
4 —	62	13	49	21
5 —	43	8	35	18
6 —	55	8	47	14
7, 8 et 9 mois.	108	21	87	19
1 an..........	83	12	71	14
1 an 1/2.......	76	7	69	9
2 —	135	7	128	5
2 —	80	2	78	2 1/2
4 —	37	0	37	0
5 —	20	0	20	0
6 et plus......	22	0	22	6
Nombre des cas.	1046	178	868	

IX. — Dans son travail, M. Heissler s'attache à établir que l'extension de la blennorrhagie à l'urèthre postérieur se fait en général beaucoup plus tôt qu'on ne l'admet couramment, c'est-à-dire dès la première semaine, dans 20 0/0 des cas, dans 34 0/0 des cas la seconde semaine, dans 14 0/0 des cas la troisième semaine, d'après les recherches faites par l'auteur. Ce passage est favorisé surtout par les fatigues résultant des occupations professionnelles.

La syphilis, les injections uréthrales n'ont qu'un rôle secondaire dans l'étiologie de l'uréthrite postérieure. Pour que celle-ci se développe, il n'est pas nécessaire, ainsi que le prétendent certains auteurs, que le muscle compresseur soit forcé pour une cause ou une autre. Ce muscle ne représente pas une barrière susceptible de s'opposer, dans les circonstances normales, à l'envahissement de l'urèthre postérieur par une blennorrhagie.

L'uréthrite antérieure n'a pas, d'autre part, une évolution aussi typique qu'on le prétend et qui ferait que, partant de la fossette naviculaire, l'inflammation spécifique met trois semaines à se propager au bulbe de l'urèthre, sauf à s'étendre, au bout de ce délai seulement, à l'urèthre antérieur. Cette extension, ainsi qu'il a été dit, se fait, dans la plupart des cas, dès la seconde et la troisième semaine, sans qu'il y ait eu transport direct du pus blennorrhagique, par l'intermédiaire de la sonde.

Bref, l'uréthrite postérieure n'est pas une complication, mais une suite naturelle de l'uréthrite antérieure.

X. — Sur la question de savoir jusqu'à quel point le produit de sécrétion de la blennorrhagie chronique est susceptible de transmettre cette maladie, M. Brewer se rallie à la thèse soutenue par Neisser, à savoir : que le produit de sécrétion peut être considéré comme dépourvu de virulence dans les seuls cas où des examens microscopiques quotidiens, répétés pendant quinze jours, n'y font point découvrir de gonococcus. Encore, faut-il qu'une irritation accidentelle du canal, produite par le contact de quelque agent médicamenteux tel que le nitrate d'argent, le sublimé, ne puisse pas être invoquée comme cause de la disparition passagère des gonococcus. Il n'est pas nécessaire que l'écoulement soit purulent pour être contagieux.

M. Brewer relate un cas d'infection blennorrhagique survenue chez une jeune épousée dont le mari, malgré les instances du médecin, n'avait pas voulu remettre l'époque du mariage jusqu'à la complète disparition des gonococcus du produit de la sécrétion uréthrale. Il insiste à ce propos sur ce que chez les femmes mariées l'infection blennorrhagique est plus souvent que la syphilis la cause d'accidents graves, quelquefois incurables du côté des organes génitaux internes.

XI. — En se fondant sur un certain nombre d'observations empruntées à sa pratique, M. Englisch soutient que les inflammations de l'urèthre, survenant chez un sujet tuberculeux de naissance ou affecté d'une tuberculose acquise, suivent une évolution tout à fait particulière. Tantôt la muqueuse de l'urèthre, altérée déjà sous l'influence de la dyscrasie tuberculeuse, est envahie consécutivement par un processus inflammatoire, de cause quelconque; l'inflammation envahit le tissu cellulaire péri-uréthral, s'y propage en profondeur et détermine la formation d'une fistule. Tantôt une inflammation aiguë, de cause quelconque, infectieuse ou non, revêt à la longue le caractère d'une inflammation tuberculeuse. Dans les deux cas, il faut instituer un traitement local énergique, appuyé par un traitement général dirigé contre la diathèse tuberculeuse.

E. RICKLIN.

(1) Voir le numéro 49.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

MALADIES VÉNÉRIENNES.

Pourquoi ne puis-je pas commencer cette Revue de Syphiligraphie comme La Bruyère son livre des *Caractères* en disant: *Tout est dit et l'on vient trop tard*, depuis quatre cents ans qu'il y a des médecins étudiant la syphilis et qui la soignent? Ma besogne serait bien vite terminée. Mais hélas! presque chaque jour voit apporter une pierre nouvelle à un édifice déjà immense; l'on découvre quelque détail ignoré de nos prédécesseurs, l'on signale un symptôme non décrit, ou l'on indique des modes de traitement non encore employés.

Lorsque le médecin d'Udine, Louis Luisini, publiait, vers le milieu du XVIe siècle, en 1566, ses deux tomes in-folio, intitulés Aphrosidiacus, recueil qui contenait les travaux de 60 auteurs, on pouvait déjà penser que le sujet devait être épuisé. Il n'en était rien sans doute, car les volumes, les brochures, les thèses, les articles, ont continué de fondre sur le public, à tel point qu'on pourrait former une grande bibliothèque de tout ce qui a été écrit sur la syphilis.

Et ce qui remplit l'esprit de confusion, d'épouvante, c'est qu'il ne s'agit que d'une seule maladie, ayant depuis longtemps des symptômes bien connus, une évolution bien déterminée, des causes ou plutôt une cause, la contagion directe, des mieux définies. Le traitement par le mercure fut employé presque dès l'origine et on semble réduit aujourd'hui à varier les préparations ou les modes d'application de ce métal.

Et cependant en présence de toutes les études nouvelles on ne saurait, rappelant les mots de Boileau, parler d'une abondance stérile.

Les uns, comme le professeur A. Fournier, dont l'œuvre est déjà immense, semblent en les fécondant refaire chapitre par chapitre toute l'histoire de la syphilis.

D'autres comme M. Diday, condensent dans des livres qui s'adressent surtout aux praticiens, et fort bien écrits, toute l'expérience d'une vie consacrée à soigner les maladies vénériennes. D'autres écrivent des monographies d'un haut intérêt comme ce travail que MM. Morel-Lavallée et L. Belières ont écrit sous ce titre: *Syphilis et Paralysie générale* (1).

D'autres, encore, comme le professeur Roberto Campana, de Gênes, rassemblent leur enseignement clinique dans un volume des mieux remplis, intitulé: *Dei morbi sifilitici e veneree*, dont malheureusement je n'ai eu sous les yeux que la deuxième partie.

D'autres, enfin, font des résumés bien nets et très pratiques, comme le Dr Langlebert, qui destine spécialement aux étudiants son *Traité pratique de la syphilis* (2); à moins que, comme M. Charles Mauriac, ils n'entreprennent de grouper en une masse imposante de trois énormes volumes toutes nos connaissances actuelles sur les maladies vénériennes (2). Le premier a paru en 1883; il était consacré à la *Syphilis primitive et à la syphilis secondaire*. Le deuxième tome, dont je puis parler, l'ayant lu (3), est un immense répertoire bourré de faits sur la *Syphilis tertiaire et la syphilis héréditaire*. L'ordonnance générale de ce deuxième volume est très bien conçue: après un discours préliminaire sur la pathologie générale de la syphilis tertiaire, M. Mauriac étudie successivement cette troisième période de la syphilis dans les organes génito-urinaires, dans le système locomoteur, dans l'appareil respiratoire, dans le tube digestif, dans le système circulatoire, dans le système nerveux et dans les organes des sens. Le volume se termine par un chapitre important sur la syphilis héréditaire, dans lequel l'hérédo-syphilis est étudiée sous toutes les formes (fœtale, précoce, tardive et même post-conceptionnelle).

(1) Paris, O. Doin éditeur, 1889, avec une préface de M. Alfred Fournier.

(2) Paris, O. Doin, éditeur.

(3) Paris, J.-B. Baillière et fils, grand in-8° de 1.168 p.

On ne saurait analyser une œuvre pareille. Il suffit de la signaler, en applaudissant à ce qu'elle représente de recherches patiemment poursuivies et de travail soutenu. Nous nous permettrons d'y ajouter tous nos vœux pour le rapide achèvement du troisième volume que M. Mauriac annonce dans sa préface et qui sera consacré au chancre simple, à la blennorrhagie et aux maladies des voies génito-urinaires, qui sont la conséquence de cette dernière.

En même temps que paraissent ces grandes publications sur la syphilis, en laissant de côté les communications aux Académies et aux Sociétés spéciales de dermato-syphiligraphie, en laissant également de côté les articles paraissant dans les journaux et les revues, il nous reste à signaler une source de productions on ne peut plus abondante. Je fais allusion aux thèses inaugurales. Pour ne parler que de la seule Faculté de Paris, je ne trouve pas moins de 36 thèses devant moi, soutenues durant le cours des deux dernières années.

M. Vialaneix s'est occupé de la *Fièvre syphilitique prodromique de la période secondaire*; M. Georges Beaudoin a consacré un travail sérieux à l'étude des *Syphilis graves précoces*. Les localisations de la syphilis primitive ou non font l'objet de recherches d'un certain nombre d'aspirants au doctorat: M. Fortuniadès étudie les *Chancres des paupières*, après que M. Tonchaleaume s'est occupé du *Chancre de la conjonctive*; M. G. H. Benoist traite de l'*Érythème vermillon syphilitique du voile du palais* (1). M. A. Lécureuil de l'*Adénopathie péri-trachéale syphilitique* et de la syphilitique tertiaire de la trachée et M. Al. Hermann, des *sténoses de l'œsophage d'origine syphilitique*, tandis que MM. Charles Laporte et Ch. Pruche prennent pour sujet de leur thèse, l'un la *Syphilis de la clavicule* et l'autre la *Syphilis du tibia*.

La *Syphilis vaginale* a été étudiée par le Dr Billoir; les *Labialites tertiaires* ont été l'objet d'un bon travail de M. Auguste Tournier, et les *Chancres infectants extra-génitaux* ont fourni un sujet, qui commence à n'être plus neuf, à M. Etienne Viguier.

Les gommes en nappe (L. O. Chahasse), les syphilides psoriasiformes (L. Nozo), les syphilides chancriformes des organes génitaux (S. K. Rouschias); les syphiloïdes post-érosives chez les enfants (L. Jacquet), l'évolution infantile des dents hérédo-syphilitiques (Eymery Desmartin) ont été aussi l'objet d'une dissertation inaugurale.

Puis M. Hélène Krykus aborde la question de la *Mortalité des enfants* hérédo-syphilitiques, M. Louis Riocreux la question de l'*Hérédité paternelle*; M. J. Meneault traite des *Manifestations osseuses de la syphilis héréditaire* simulant le rachitisme, M. P. A. Gardié du *Non-développement hérédo-syphilitique des cordons antéro-latéraux de la moelle*, et M. P. Sanguinet de la *Syphilis héréditaire de l'œil*.

La thérapeutique de la syphilis n'a pas été non plus négligée: si M. Charles Baudier s'est occupé du traitement des plaques muqueuses hypertrophiques persistantes chez la femme, M. L. Briend a consacré sa thèse à l'étude du traitement de la syphilis par les injections d'huile grise, M. J. L. E.

(1) Signalons aussi un excellent travail, extrait de la *Revue de laryngologie, d'otologie et de rhinologie* (1891, nos 6 et 7), que MM. Moure et Raulin ont consacré à l'étude des manifestations de la syphilis sur les tonsilles pharyngée et préépiglottique (3e et 4e amygdales). Paris, O. Doin, éditeur.

Sibilat a étudié dans la sienne la méthode de Scarenzio, et M. Constant Cochery, le traitement par les injections sous-cutanées de benzoate de mercure.

Dans la catégorie des affections vénériennes qui ne se rattachent pas forcément à la syphilis, signalons l'étude de M. André Orval sur les lymphangites de la verge, celle de M. Albert Lefort sur les folliculites uréthrales blennorrhagiques chez l'homme; celle de M. A. C. von Eichstorff sur le traitement des bubons par les injections d'éther iodoformé, celle de M. A. Jacquinot sur le traitement vénérien du rectum, et celle de M. Moutillier sur le chancre mou et son traitement.

Quant à la blennorrhagie proprement dite elle a aussi donné matière à plusieurs thèses: celle de M. Patris de Broë pour la *Pathogénie des complications*, celle de M. Eugène Baisle (*Rhumatisme blennorrhagique*), celle de M. Louis Giraud (*Traitement de l'uréthrite par le salol*); celle de M. G. Loussot (*Nature microbienne de la blennorrhagie et son traitement par les injections de bichlorure de mercure*) et celle de M. J. A. Huguet (*Valeur thérapeutique des injections de sublimé dans le traitement de la blennorrhagie*).

Nous terminerons cette longue énumération en citant le travail du Dr Raoul Dormand sur la médication interne de l'orchite blennorrhagique par la teinture d'anémone pulsatile à la dose journalière de trente gouttes et celui du Dr Maurice Dubard sur l'action de la résorcine dans le traitement de la vaginite blennorrhagique.

On le voit, quelque soigneusement moissonné que puisse paraître le champ de la pathologie vénérienne, il ne l'est pas si complètement que bien des nouveaux venus n'y trouvent encore à glaner.

Dr Paul FABRE (de Commentry.)

EXTIRPATION DU LARYNX, par le Dr ARMAND PINÇONNAT. Thèse de Paris 1890.

M. Pinçonnat, après avoir constaté que l'extirpation du larynx, longtemps considérée comme impossible, n'avait été pratiquée que depuis 1873, affirme, au contraire, que ce n'est point une opération aussi dangereuse qu'on semble le croire. Mais il y a lieu de modifier le système adopté par quelques chirurgiens. Pourquoi, par exemple, faire précéder l'extirpation du larynx de la trachéotomie? il n'en résulte aucun avantage; au contraire, l'impossibilité de suturer, dès le début, la trachée à la peau, facilite l'introduction de liquides septiques.

M. Pinçonnat aborde ensuite la technique opératoire:

1° Ablation du larynx après son isolement sur les côtés;

2° Ablation des cartilages après décollement du périchondre, puis excision des parties dégénérées;

3° Extirpation du néoplasme en conservant les cartilages, ou méthode de Solis-Cohen.

M. Pinçonnat examine ensuite les résultats opératoires. Le grand nombre des décès (50 0/0 environ) n'est pas dû à l'opération même, mais à des affections septiques des organes thoraciques; et le perfectionnement de la technique opératoire peut modifier considérablement ce résultat.

Que l'on pratique une antisepsie rigoureuse, et l'on verra diminuer sinon disparaître (toutes ces affections d'origine infectieuse qui, seules augmentent la mortalité. Et du reste, malgré cette énorme mortalité, il n'y a que l'extirpation du larynx qui soit applicable aux tumeurs malignes limitées à sa cavité.

Il suffit, pour justifier cette intervention, de la comparer aux autres interventions; elle ne fait pas plus mourir, et rend au moins la vie supportable aux opérés. Mais il faut la pratiquer de bonne heure, alors que le néoplasme est encore bien circonscrit; sans cela elle est contre-indiquée.

Quant à la question de savoir s'il faut pratiquer l'extirpation totale ou partielle, on ne peut point le savoir avant d'avoir vu l'étendue du mal, et ce n'est qu'après une thyrotomie préalable que le chirurgien pourra se décider.

Ce travail, malgré ses qualités, ne saurait convaincre pourtant ceux des chirurgiens qui, en présence des 40 0/0 de morts après l'opération et le grand nombre de récidives, pensent que le traitement symptomatique par l'ouverture simple des voies aériennes constitue encore la meilleure méthode à appliquer aux cancers du larynx. Le rétablissement de la voix par les appareils artificiels est bien séduisant; mais on arrive si rarement à le pouvoir appliquer!

P. S.

DES KYSTES PURIFORMES DU CŒUR, par le Dr ALLARD.

Il s'agit, dans ce travail très consciencieux, d'une question fort obscure, des kystes puriformes qui siègent dans les cavités du cœur et particulièrement de ceux qui sont intriqués entre les colonnes charnues sans lésion apparente de l'endocarde. M. Allard en étudie, avec grand soin, l'historique, la pathogénie, l'anatomie pathologique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ANÉVRYSMES INTRA-CRANIENS DE LA CAROTIDE ET DE SES BRANCHES par le Dr EPRON.

Après l'historique de la question, M. Epron étudie l'étiologie des anévrysmes intra-craniens de la carotide interne et de ses branches. C'est de 40 à 60 ans, et plus souvent chez la femme que chez l'homme, qu'on les observe. Embolie, athérome, syphilis leur donnent ordinairement naissance. Tous ces anévrysmes ont des symptômes communs (céphalalgie, étourdissements, vertiges, vomissements, paralysies ou simples parésies, troubles de la sensibilité), et des symptômes propres à chacun d'eux. L'anévrysme de la carotide interne, dans le canal carotidien, n'a été bien nettement constaté qu'une seule fois, il se caractérisait par des douleurs névralgiques, de la surdité, des otorrhagies qui aboutirent à la mort. Dans le sinus caverneux, l'anévrysme est artériel ou artérioso-veineux, il se révèle par des bruits entendus par le malade ou perçus par le médecin, s'il applique le stéthoscope sur la région temporale, par du strabisme, de l'exophthalmie, de la congestion oculaire, des douleurs variables. A la sortie du sinus caverneux, les anévrysmes de la carotide interne donnent naissance aux mêmes symptômes; la céphalalgie domine. Les anévrysmes de la communicante postérieure s'accompagnent de paralysies dues à la compression des pédoncules cérébraux. Ceux des cérébrales antérieures se caractérisent par de la céphalalgie, localisée au-dessus du sourcil et des troubles cérébraux précoces. La première et la seconde paires nerveuses sont souvent atteintes. Enfin les anévrysmes de la cérébrale moyenne sont d'ordinaire latents et ne se révèlent que par une hémorrhagie foudroyante avec paralysie, coma et mort.

Le pronostic de ces anévrysmes est grave. Ils se terminent en général par la rupture, spontanée ou due à des efforts, dans les méninges ou la substance cérébrale. La guérison est cependant possible.

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES OSTÉO-ARTHRITES TUBERCULEUSES DES ARTICULATIONS TIBIO TARSIENNE par le Dr DESREUMAUX.

Les tuberculoses locales, dissemblables chez l'enfant et

chez l'adulte, doivent être traitées d'une façon différente. On ne doit intervenir chez l'enfant que si les moyens médicaux ont échoué. L'amputation n'est très rarement nécessaire. L'arthromotomie simple est impuissante lorsque les lésions sont étendues. La résection amène des déformations et un arrêt de développement, aussi faut-il la repousser dans la majorité des cas. La meilleure méthode d'intervention consiste en général à ouvrir l'articulation au thermo-cautère, à gratter les surfaces osseuses malades, et à les cautériser.

Contribution a l'étude du traitement du phlegmon diffus. (méthode de Dobson), par le Dr Louis Morlat.

La méthode de Dobson consiste, comme on sait, à traiter le phlegmon diffus par une série de petites incisions, profondes de un à un centimètre et demi, répétées une ou deux fois en vingt-quatre heures. Elle est une excellente méthode abortive, peut être employée avec succès même au début de la suppuration. Lorsque le phlegmon suppure franchement, c'est aux larges incisions qu'il faut recourir.

Contribution a l'étude de l'emploi du naphtol camphré dans le traitement de l'otite moyenne suppurée, par le Dr Dumont.

Dans l'otite moyenne suppurée, M. Dumont recommande le traitement suivant qui lui a donné de beaux résultats. On fera d'abord l'antisepsie du conduit, de la caisse, de la trompe d'Eustache, à l'aide d'injections boriquées. Puis on séchera toutes ces parties avec du coton antiseptique. Enfin on appliquera un pansement au naphtol camphré. Pour cela on touchera les surfaces malades avec de la ouate hydrophile montée sur une petite tige et trempée dans la solution suivante : naphtol β une partie, camphre, deux parties. Ce pansement sera répété tous les deux jours.

Dr Eugène Cohen.

BULLETIN

Valeur diagnostique des corps étrangers déglutis par un chien suspect de rage. — Un cas de rage atténuée. — Étiologie de la fièvre typhoïde dans les hameaux et les habitations isolées. — L'enseignement clinique des hôpitaux.

Il y a dix-huit mois j'ai voyagé, de Bordeaux à Bayonne, avec un groupe de 12 à 15 personnes qui, mordues toutes par un même petit chien, venaient de suivre, à l'hôpital Pasteur, un traitement antirabique.

Tout récemment, dans le Lot-et-Garonne, on m'a signalé un autre groupe de plusieurs personnes qui, mordues également par un même chien, étaient parties pour l'Institut Pasteur.

Dans l'un et l'autre cas, comme dans la plupart des cas analogues qui se produisent trop fréquemment, le chien mordeur a été autopsié par un médecin vétérinaire qui, trouvant des corps étrangers multiples dans le tube digestif de l'animal, a porté ferme le diagnostic : rage. Or cette présence de corps étrangers dans les voies digestives d'un chien constitue-t-elle un signe diagnostique certain? M. Delpérier, dans une intéressante communication à la Société centrale de médecine vétérinaire, s'est posé cette question et l'a résolue par la négative. Pour lui ce signe n'est pas plus certain que le symptôme hydrophobie qui se rencontre, chacun le sait, dans différents états pathologiques. Il rapporte plusieurs observations, chez le chien et chez le cheval, dans lesquelles une obstruction intestinale produite par l'introduction accidentelle de corps étrangers, ou simplement par un calcul, par des agglomérations vermineuses, a donné lieu à des accidents rabiformes qui ont fait croire à la rage réelle, mais dont l'autopsie et des incidents ultérieurs positifs, ont démontré la véritable nature.

D'un autre côté, M. Delpérier fait observer que, avec les symptômes de dyspnée et de dysphagie qui lui rendent la déglutition si difficile et si douloureuse, le chien enragé doit éprouver de très grandes difficultés à ingérer des corps qui, par leur nature, leur volume, leurs aspérités, ne seraient déglutis qu'avec peine par un chien bien portant. L'ingestion des corps étrangers qu'on trouve dans l'estomac doivent, le plus souvent, précéder la manifestation des symptômes rabiques, et leur présence n'a ainsi, de ce chef, aucune valeur diagnostique.

Les propositions suivantes résument, à titre de conclusions, le travail de l'auteur :

« 1° Un chien réellement enragé doit bien rarement déglutir des corps étrangers obstructeurs de l'intestin ;

« 2° Au contraire, il est une infinité de circonstances où le chien bien portant peut déglutir des corps obstructeurs, même ceux qu'on regarde comme pathognomoniques de la rage, sans, pour cela, cesser de se bien porter ;

« 3° Les statistiques démontrent elles-mêmes qu'une grande partie, la moitié au moins, des chiens déclarés enragés pour cause des corps obstructeurs trouvés à l'autopsie, ne sont, en réalité, nullement enragés ;

« 4° Souvent les corps obstructeurs ingérés avant l'apparition d'aucun symptôme morbide peuvent produire des troubles cérébraux identiques à ceux de la rage ou de l'épilepsie, sans qu'aucune virulence puisse être admise. »

Ce travail ne vise pas une simple question de diagnostic : il a une portée pratique plus considérable. Suivant M. Delpérier, qui appuie sa manière de voir sur de sérieuses statistiques, le nombre des cas de rage humaine serait proportionnel, non à celui des chiens réellement enragés, mais à celui des chiens *déclarés enragés*. « Réduisez de moitié, dit-il, les déclarations de rage canine et, par cela même, vous diminuerez de moitié la mortalité rabique de l'homme. »

« Ce n'est pas le virus rabique, ajoute-t-il plus loin, dont l'inoculation est seule à redouter; il est un autre virus qui peut pénétrer l'esprit de la personne mordue, non seulement au moment de la morsure, moment terrible qui laisse une image longue à se dissiper, mais encore pendant toute la longue période dite d'incubation, c'est le virus de la peur que la personne mordue s'inocule elle-même en examinant son entourage, la désolation de ses proches, les indiscrétions de ses gardes, les renseignements recherchés par le médecin, et surtout la confirmation officielle de l'état rabique du chien mordant.

« Dès que la peur s'est emparée de l'esprit du malade, il n'y a plus d'atténuation possible ; c'est toujours l'exaspération qui se produit. Au moindre incident réel ou imaginaire, l'obsession se transforme en délire, en frénésie, en troubles cérébraux fatalement mortels. »

L'auteur a connu par expérience ces terribles angoisses provoquées, pendant plusieurs mois, par la morsure d'un chien suspect. Ainsi s'explique son pessimisme. Il cite le cas d'une dame près de succomber à des accidents rabiques ou plutôt rabiformes et guérie presque subitement par le retour imprévu et en pleine santé du chien suspect dont la morsure avait provoqué la manifestations de ces accidents. Si les enfants de 5 à 12 ans, qui sont mordus bien plus souvent que les adultes

et qui devraient ainsi fournir plus de la moitié du contingent rabique, n'en représentent en réalité que le cinquième, c'est qu'ils n'ont pas une conception nette de la mort, et sont moins accessibles que les personnes d'un âge plus avancé aux troubles nerveux qu'engendre la peur.

On voit que les arguments ne font pas défaut à M. Delpérier. Il est permis de dire cependant qu'il a un peu assombri le tableau. Quelque graves que puissent être les accidents nerveux consécutifs à la morsure d'un chien suspect ou même déclaré enragé, le *virus de la peur*, pour emprunter l'expression de l'auteur, a-t-il des conséquences aussi fatales qu'il le suppose? Tout le monde aura de la peine à l'admettre. Ce n'est pas une raison pour exposer à la légère des personnes mordues à ressentir ces terribles angoisses et à entreprendre le voyage pénible et souvent onéreux à l'Institut Pasteur. A ce point de vue, le travail de M. Delpérier mérite de fixer l'attention, et il s'est imposé à celle des membres de la Société de médecine vétérinaire qui en ont entendu la lecture.

On a paru d'accord, au sein de cette Société, pour reconnaître, avec M. Nocard, que le résultat de l'inoculation du bulbe de l'animal suspect donne seul la certitude scientifique, mais qu'en attendant, on dans l'impossibilité d'avoir cette certitude, il faut se contenter de la certitude clinique, c'est-à-dire de la grande présomption fournie par la présence, dans le tube digestif de l'animal, non d'un *corps obstruant* qui peut donner lieu à des accidents rabiformes, mais de corps étrangers *multiples non obstruants* et de *nature variée*. La distinction est capitale et doit être toujours présente à l'esprit de ceux qui ont à se prononcer sur la nature des symptômes présentés par un chien suspect.

— Si le fait publié dans les deux derniers numéros de la *Gazette des hôpitaux* se confirmait, il ne s'agirait plus seulement, en pareil cas, de prévenir l'éclosion de troubles nerveux graves, mais encore de ne pas exposer inutilement des individus sains à la possibilité d'une infection rabique par le traitement de M. Pasteur. Jusqu'à présent, une pareille éventualité a toujours été rejetée par le maître et ses disciples. L'observation rapportée par M. Sabarthez, inspire tout au moins quelques doutes et, après l'avoir lue, on se sent volontiers disposé à admettre, avec l'auteur, qu'il a eu probablement affaire à un *cas de rage atténuée produite par les inoculations pastoriennes*. Nous nous bornons à mentionner ce fait, en ajoutant qu'on doit rester sur une sage réserve jusqu'à ce que de nouveaux faits soient venus le confirmer ou l'infirmer.

— Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de faire remarquer que la médecine rurale offre un terrain tout particulièment fécond à la recherche de la pathogénie et du mode de propagation des maladies transmissibles. M. le Dr Lardier (de Rambervillers), imbu de cette idée, a, dans une brochure que nous avons sous les yeux, recherché la cause de divers cas de fièvre typhoïde qu'il a observés dans des hameaux ou des habitations isolées. Il a pu, dans tous ces cas, remonter à la source même de l'infection et recueillir des données intéressantes « sur la durée de la vitalité du bacille d'Eberth, sur sa résistance à l'action des milieux dans lesquels il se trouve placé, sur son mode de pénétration et de propagation dans l'organisme humain ». Ce travail, hâtons-nous de le dire, constitue un document de plus en faveur de l'opinion qui place dans l'eau de boisson et les germes typhiques qu'elle contient l'origine et le mode de propagation de la fièvre typhoïde.

— Lorsque, il y a quelques mois, nous sommes intervenus dans la discussion sur les réformes à introduire dans l'enseignement clinique des hôpitaux, nous avons émis l'opinion que la Société médicale des hôpitaux, ou simplement les médecins des hôpitaux, en se groupant, pouvaient et devaient prendre l'initiative de ces réformes sans s'inféoder ni à la Faculté, ni à l'Ecole rivale dont on attribuait le projet de création au Conseil municipal. Il nous est agréable de constater que bon nombre de médecins des hôpitaux sont entrés dans cette voie, et de rendre hommage aux efforts de M. Budin à l'hôpital de la Charité, de M. Quinquaud à l'hôpital Saint-Louis, à ceux des médecins de l'hôpital Saint-Antoine qui viennent d'arrêter un excellent programme collectif. Qu'on encourage toutes ces initiatives, qu'on féconde tous ces efforts en assurant, par des subventions, les ressources matérielles dont l'enseignement libre a besoin, et l'on aura fait un grand pas vers la solution du problème.

Dr F. DE RANSE.

HYGIÈNE PUBLIQUE

PROJET DE LOI POUR LA PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE.

M. le Ministre de l'Intérieur a déposé sur le bureau de la Chambre des députés le projet de loi depuis longtemps attendu, pour la protection de la santé publique.

Ce projet a été renvoyé à une Commission chargée d'examiner plusieurs projets du même genre.

Nous aurons occasion d'y revenir, mais nous croyons devoir en faire connaître dès aujourd'hui les dispositions :

ARTICLE PREMIER. — Lorsque le mauvais état sanitaire d'une commune nécessite des travaux d'assainissement ou lorsqu'une commune n'est pas pourvue d'eau potable de bonne qualité, en quantité suffisante pour les besoins de ses habitants, le préfet invite le conseil départemental d'hygiène à délibérer sur l'utilité et la nature des travaux jugés nécessaires.

En cas d'avis contraire à l'exécution de ces travaux le préfet transmet la délibération du conseil au ministre de l'Intérieur qui, s'il le juge à propos, soumet la question au comité consultatif d'hygiène publique de France.

Sur l'avis conforme du conseil départemental d'hygiène ou du comité consultatif d'hygiène publique, le préfet met la commune en demeure de procéder aux travaux.

Si le conseil municipal n'a pris, dans le délai de trois mois à partir de ladite mise en demeure, aucune mesure en vue de l'exécution des travaux, ou s'il est devenu manifeste qu'il se refuse à leur exécution, ces travaux sont ordonnés par le Gouvernement et la dépense pourra être mise intégralement à la charge de la commune, dans les conditions de la loi du 16 septembre 1807.

Le Conseil général statue dans les conditions prévues par l'article 46 de la loi du 10 août 1871, sur la participation du département aux dépenses spécifiées au-dessus.

ART. 2. — Lorsqu'un immeuble, bâti ou non, attenant ou non à la voie publique, est dangereux pour la santé des occupants ou des voisins, le maire invite la commission sanitaire prévue à l'article 13 de la présente loi à délibérer sur l'utilité et la nature des travaux jugés nécessaires.

En cas d'avis contraire à l'exécution de ces travaux, le maire transmet la délibération de la commission au préfet qui, s'il le juge à propos, soumet la question au Conseil départemental d'hygiène.

Sur l'avis conforme de la commission sanitaire ou du conseil départemental d'hygiène, le maire, dans un délai de huit jours, à partir de la notification qui lui a été faite de cet avis, met le propriétaire ou l'usufruitier en demeure d'exécuter les travaux.

Un délai qui ne peut être moindre de deux mois est accordé pour commencer les travaux. Pendant ce délai, un recours est ouvert au propriétaire ou à l'usufruitier devant le juge de paix du canton de la situation de l'immeuble. Ce recours est suspensif.

Le juge de paix statue dans un délai d'un mois à partir du dépôt de la requête au greffe.

S'il prescrit les travaux, il impartit au requérant un délai pour commencer les travaux. A l'expiration de ce délai, s'il n'y a pas un commencement d'exécution, le contrevenant est poursuivi devant le tribunal correctionnel qui autorise le maire, à défaut de l'intéressé, à faire exécuter les travaux d'office et aux frais du propriétaire ou de l'usufruitier, sans préjudice des amendes, restitution, dommages et intérêts auxquels le contrevenant pourra être condamné, conformément aux articles 471 paragraphe 15 du Code pénal et 161 du Code d'instruction criminelle.

La dépense résultant de l'exécution des travaux sera prélevée par privilège et préférence sur les revenus de l'immeuble dans les conditions du paragraphe 5 de l'article 2.103 du Code civil.

Le délai de deux mois ci-dessus étant expiré sans qu'il y ait eu commencement d'exécution de travaux, ni recours de la part du propriétaire ou de l'usufruitier, le contrevenant est traduit devant le juge de paix qui, à défaut de l'intéressé, autorise le maire à faire exécuter les travaux d'office aux frais du propriétaire ou de l'usufruitier. En même temps le juge de paix fait application, s'il y a lieu, au contrevenant des articles 471 du Code pénal et 161 du Code d'instruction criminelle.

Si l'assainissement d'une maison est déclaré impossible par la commission sanitaire ou le conseil départemental d'hygiène, le maire interdit l'habitation, sauf recours devant le juge de paix dans les conditions ci-dessus spécifiées.

En cas d'urgence, c'est-à-dire en cas d'épidémie ou d'autre danger imminent pour la santé publique, le préfet peut ordonner l'exécution provisoire de la décision du maire, tous droits réservés.

ART. 3. — Lorsque l'insalubrité est le résultat de causes extérieures et permanentes, ou lorsque les causes d'insalubrité ne peuvent être détruites que par des travaux d'ensemble, la commune peut acquérir, suivant les formes et après l'accomplissement des formalités prescrites par la loi du 3 mai 1881, la totalité des propriétés comprises dans le périmètre des travaux.

Les portions de ces propriétés qui, après l'assainissement opéré, resteraient en dehors des alignements arrêtés par les nouvelles constructions, pourront être revendues aux enchères publiques, sans que, dans ce cas, les anciens propriétaires ou leurs ayants droits puissent demander l'application des articles 60 et 61 de la loi du 3 mai 1841.

ART. 4. — Aucune habitation ne peut être construite sans un permis du maire constatant que, dans le projet qui lui a été soumis, les conditions de salubrité prescrites par le règlement sanitaire prévu à l'article 9 ont été observées.

Aucune habitation nouvellement construite ne peut être occupée qu'après autorisation délivrée par le maire sur le rapport du service sanitaire et constatant que les prescriptions réglementaires ont été observées.

ART. 5. — Lorsqu'un puits, un puisard, un égoût, une fosse à purin non étanche, un réservoir naturel ou artificiel constitue un danger pour la santé publique, il est procédé, pour son assainissement ou sa suppression, comme à l'article 2.

ART. 6. — Quiconque, par négligence ou incurie, dégradera des ouvrages publics ou communaux destinés à recevoir ou à conduire des eaux d'alimentation ; quiconque par négligence ou incurie, laissera introduire des matières excrémentielles ou toute autre matière susceptible de nuire à la salubrité publique dans l'eau des sources, des fontaines, des puits, des citernes, des conduites, des aqueducs, des réservoirs d'eau servant à l'alimentation publique, sera puni des peines portées aux articles 479 et 480 du Code pénal.

Tout acte volontaire de même nature sera puni des peines de l'article 257 du Code pénal.

ART. 7. — La déclaration à l'Assistance publique de tous cas de maladies épidémiques est obligatoire dans un délai de vingt-quatre heures pour tout docteur, officier de santé ou sage-femme qui en a constaté l'existence, ou à défaut par le chef de famille, ou les personnages qui soignent le malade.

La liste de ces maladies est dressée par arrêté du ministre de l'intérieur, sur avis conforme de l'Académie de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique de France.

ART. 8. — La vaccination antivariolique est obligatoire au cours de la première année de la vie, la revaccination au cours de la dixième et de la vingt-et-unième année.

Les parents ou tuteurs sont tenus personnellement de l'exécution de ladite mesure.

ART. 9. — Dans toute commune, le maire est tenu de prendre un arrêté portant règlement sanitaire. Ce règlement comprend les mesures propres à protéger la santé publique, notamment en ce qui concerne la prophylaxie des maladies endémiques, des maladies épidémique, la salubrité des habitations et des agglomérations.

Ledit règlement est approuvé par le préfet, après avis du conseil d'hygiène du département.

Si, dans le délai d'un an à partir de la promulgation de la présente loi une commune n'a pas de règlement sanitaire, il lui en sera imposé un d'office par un arrêté du préfet, le conseil d'hygiène entendu.

Dans le cas où plusieurs communes auraient fait connaître leur volonté de s'associer, conformément à la loi du 22 mars 1890, pour l'exécution des mesures sanitaires, elle pourront arrêter un même règlement qui leur sera rendu applicable suivant les formes prévues dans ladite loi.

ART. 10. — Lorsqu'une épidémie, quelle que soit sa nature et son origine, menace le territoire de la République eu s'y développe et que les moyens de défense locaux sont reconnus insuffisants, il est procédé conformément aux paragraphes 2 et 3 de l'article 1er de la loi du 3 mars 1822.

ART. 11. — Le comité consultatif d'hygiène publique de France délibère sur toutes les questions intéressant l'hygiène publique, l'exercice de la médecine et de la pharmacie ou les eaux minérales sur lesquelles il est consulté par le gouver-

Il est nécessairement consulté sur les travaux publics, soit d'amenée d'eau d'alimentation, soit d'assainissement.

ART. 12. — Le conseil d'hygiène de chaque département ou les commissions sanitaires doivent être consultés sur les objets énumérés à l'article 9 du décret du 18 décembre 1848, lorsque ces objets ont un intérêt départemental ou communal, sur l'alimentation en eau potable des agglomérations, sur la statistique démographique et la géographie médicale, sur les règlements sanitaires communaux, et généralement sur toutes les questions intéressant la santé publique dans les limites de leurs circonscriptions respectives.

Art. 13. — Dans chaque département le conseil général, après avis du conseil d'hygiène départemental, délibère dans les conditions prévues par l'article 48 de la loi du 10 août 1871 sur l'organisation du service de l'hygiène publique dans le département, notamment sur la subdivision du département en circonscriptions sanitaires pourvues chacune d'une commission sanitaire; sur la composition, le mode de fonctionnement, la publication des travaux et les dépenses du conseil et des commissions sanitaires; sur la valeur des jetons de présence et les frais de déplacement de leurs membres.

A défaut de délibération du conseil général sur les objets prévus au paragraphe précédent, ou en cas de suspension de la délibération, en exécution de l'article 19 de la loi du 10 août 1871, il pourra être pourvu à la règlementation, du service par un arrêté rendu dans la forme des règlements d'administration publique.

Art. 14. — Les dépenses résultant de la délibération du conseil général ou du décret prévu par l'article 13, sont assimilées aux dépenses classées sous les paragraphes 1er à 4 de l'article 60 de la loi du 10 août 1871.

Art. 15. — Des règlements d'administration publique, rendus après avis du comité consultatif d'hygiène publique de France, détermineront :

Le mode de déclaration des maladies épidémiques prescrite par l'article 7;

La procédure nécessitée par l'application de l'article 8;

Les modifications qu'il y aurait lieu d'apporter au décret du 8 mars 1887 pour assurer la surveillance et l'exécution des travaux d'assainissement seront déterminées par un décret rendu en Conseil d'Etat chaque fois que le gouvernement aura à faire usage du paragraphe 2 de l'article 1er.

Art. 16. — Quiconque aura commis une contravention aux prescriptions de l'article 8 ou de l'article 9, ou aux décisions administratives régulièrement prises en vertu de l'article 10, ou de l'article 15, sera puni des peines portées aux articles 479 et 480 du Code pénal.

Art. 17. — L'article 463 du code pénal est applicable dans tous les cas prévus par la présente loi.

Il est également applicable aux infractions punies de peines correctionnelles par la loi du 3 mars 1822.

Art. 18. — La loi du 13 avril 1850 est abrogée.

Sont également abrogées les dispositions des lois antérieures en ce qu'elles auraient de contraire à la présente loi.

NECROLOGIE

M. Féréol.

Louis-Henri-Félix Second, dit Féréol, né à Paris, le 12 février 1825, avait pour père le célèbre chanteur de l'Opéra-Comique, allié aux Bontet de Monvel, et toute une pléiade de grands artistes, Baptiste, Mlle Mars, etc. Le père de notre regretté confrère se trouvait au lycée d'Orléans, où demeurait une partie de sa famille, il l'avait quitté pour l'armée à la fin de l'Empire et était revenu après la guerre, avec les épaulettes d'officier reprendre ses études, à ce même lycée. Nous avons connu cet excellent homme, fort instruit, peintre et musicien de talent, entouré de l'estime de tous, maire de son village, puis capitaine de pompiers à Orléans. Féréol mit son fils au même lycée, alors Collège royal, et notre confrère fit là d'excellentes études terminées en 1845. On pouvait le compter, à l'Académie, au nombre des lettrés et il y défendit récemment les humanités, lors de la question du surmenage, avec une chaleur et une conviction qui étonnèrent ceux qui ne le connaissaient pas de longue date. J'ajoute que sur les bancs du collège, Féréol y donna plusieurs fois des preuves d'une très grande indépendance ; tout ce qui ne lui paraissait pas entouré d'une justice et d'une rectitude absolues le révoltait. Aussi, est-ce vers le barreau qu'il se dirigea et après avoir pris ses inscriptions et passé ses examens, reçu avocat en 1847, il commença à plaider à la Cour d'appel d'Orléans; mais la politique et les idées de liberté n'avaient point laissé Féréol indifférent; notre généreux confrère prit une part active et militante aux événements de 1851, et arrêté, il fut mis en demeure de quitter la ville et par suite de renoncer à la carrière qu'il avait choisie. En république, en ce temps-là, il y avait parfois du danger à se dire républicain! C'est alors que notre excellent confrère se mit à étudier la médecine, et ce qui précède explique comment il est arrivé tard.

Mais il était trop bien doué pour ne pas rattraper le temps, non perdu, mais passé. Externe des hôpitaux en 1853, interne en 1854, docteur en 1859, médecin du bureau central en 1865, Féréol acquit bientôt une belle et bonne situation de médecin consultant des plus honorables, par sa grande loyauté, son diagnostic sûr, et la courtoisie de ses rapports confraternels. Nommé membre de l'Académie en 1883, il avait été appelé à remplir les fonctions délicates de secrétaire annuel dès 1889, et il a écrit, en raison de ces mêmes fonctions, plusieurs rapports parfaits. La mort du digne Roger, l'avait affecté et lorsqu'il vint nous demander de lui donner les indications et documents nécessaires pour consacrer à la mémoire de l'excellent maître un passage du rapport annuel qu'il devait lire le 15 décembre à l'Académie, nous le trouvâmes fatigué. Déjà, quelques jours auparavant, chez lui, en examinant, ce que nous ne manquions jamais de faire, les objets d'art, les tableaux et les albums qui encombraient son cabinet et son salon, il nous montra quelques livres de médecine beaux et rares, nous questionnant sur leur valeur réelle. « Eh bien, je les donnerai à l'Académie! — Bon, répondis-je, attendons votre mort, ils sont bien là, dans votre bibliothèque, ce sont des joyaux », et lui, de ce sourire fin et mélancolique qui lui était habituel, mais cette fois assez voilé de tristesse pour qu'il nous ait frappé, « mais, non, mon cher ami, j'aime autant vous les donner de suite » et les livres furent déposés à la séance académique suivante. Etait-ce un pressentiment?

M. Féréol n'a écrit qu'un petit nombre de mémoires, mais il était attentif et chercheur et plusieurs de ces mémoires sont des trouvailles. Sa mort, que rien ne faisait prévoir, a surpris tous ses collègues et amis, il a succombé, dit-on, à des accès successifs d'angine de poitrine. Il avait eu le temps de demander que ses obsèques fussent simples et exemptes de discours. En revanche, une grande affluence sincèrement émue entourait sa dépouille mortelle et tout le bien qu'on a dit de lui, celui que l'on ne manquera pas de dire, dans les sociétés dont il faisait partie, apporteront, je l'espère, une consolation sympathique et respectueuse à la veuve dévouée et aux chères filles qui le pleurent, à tous ses proches. Ceux qui, comme nous, se trouvaient en relation avec lui depuis de longues années, n'oublieront jamais ce confrère-ami, si bon, si sûr, si dévoué. Féréol, médecin distingué, cœur d'élite, artiste complet était aussi un caractère.

Voici quelques-uns de ses mémoires originaux : 1856. Observations et réflexions sur un cas de coloration bronzée de la peau. (Premier cas de la maladie d'Addison observé en France.) — Gale crustacée. — 1859. De la perforation de la paroi abdominale antérieure dans les péritonites. (Thèse de doctorat.) — 1867. Hydatides infiltrées dans le foie et le poumon. — 1868. De quelques symptômes viscéraux et en particulier des symptômes laryngo-bronchiques de l'ataxie locomotrice progressive. — 1878. Heureux effets du sulfate de cuivre ammoniacal dans la névralgie épileptiforme de la face. — Des nodosités cutanées éphémères chez les arthritiques. — Myocardite suppurée primitive. — 1884. Pleurésie purulente, empyème pulsatile total, fistule pleurale consécutive, opération d'Estlander, guérison. — 1885. Observation de chromidrose ou chromicrinie. — Notice sur M. Noël Guéneau de Mussy. — 1887.

Sur le surmenage scolaire. — Notice sur M. Bernutz. — 1888. Sur les poêles mobiles. — Discours aux obsèques de M. Damaschino.

Dr A. DOREAU.

M. Barthez.

L'on apprenait pendant les obsèques mêmes de M. Féréol, la mort d'un des membres les plus anciens de l'Académie, M. Barthez, décédé le 5 courant à Excideuil à l'âge de 81 ans, et une triste réflexion était faite par tous, c'est que la médecine des enfants venait d'être douloureusement éprouvée puisque Roger, Bouchut, Barthez, disparaissaient en l'espace de quinze jours.

M. Barthez (Antoine-Charles-Ernest), est né le 10 janvier 1811 à Narbonne. Il fit ses études médicales à Paris. Interne de la promotion de 1834, docteur en médecine en 1839, il a été en 1843 et 1844, chef de clinique du professeur Chomel qui l'affectionnait beaucoup. Médecin du bureau central en 1846, il s'est occupé aussitôt des maladies des enfants, et a été retraité médecin des hôpitaux en 1874. Il était membre de l'Académie depuis 1866. M. Barthez, qui avait publié en 1843 le premier traité complet sur les affections des enfants, jouissait d'une grande réputation comme consultant.

Excellent praticien, d'une honorabilité parfaite, il était fort aimé de ses élèves et des confrères avec lesquels il se trouvait en rapports. Tout à fait étranger à la politique, il avait été nommé sous l'Empire, médecin du prince impérial. M Barthez est mort à 82 ans, ayant conservé, jusqu'à la fin, la plénitude de ses facultés. Il est l'auteur d'un grand nombre de mémoires sur les maladies des enfants; plusieurs valent certainement la peine d'une réimpression; son *Traité clinique* en collaboration avec Rilliet, continué par son gendre, M. Sanné, est devenu classique; la dernière édition de ce traité est de 1891. On lui doit aussi quelques brochures empreintes d'une philosophie vitaliste très élevée l'une, entr'autres, *Sur le Vitalisme* de Barthez, de Montpellier, lettre à M. Poggiale (1864), l'autre, *Sur la Vie*, lettre à M. Bergeron, 1891.

A. D.

M. Léon Tripier.

La Faculté de médecine de Lyon vient de faire une grande perte. M. Léon Tripier, professeur de clinique chirurgicale, a succombé, à l'âge de 49 ans, à la rupture d'un anévrysme.

NOTES ET INFORMATIONS

Comité d'hygiène publique de France.

Séance du 7 décembre. — Présidence de M. BROUARDEL.

M. H. Monod rend compte de la situation à l'intérieur: quelques cas de typhus ont reparu à Tudy (Finistère). Le préfet a pris des mesures conformes à celles qu'avait prescrites le Dr Thoinot.

M. le Dr Napias, inspecteur général des services administratifs chargé de l'intérieur des services sanitaires, donne les renseignements suivants: le choléra semble avoir complètement disparu du vilayet d'Alep depuis près d'un mois; il diminue dans le vilayet de Damas, mais on doit considérer encore cette province comme infectée.

La situation du Hedjaz est satisfaisante; mais, dans le vilayet de l'Yémen, on peu constater, même avec les renseignements incomplets que l'on possède, que le choléra sévit avec une certaine intensité.

A Varsovie, l'influenza a reparu avec les mêmes symptômes qu'il y a deux ans, mais avec une acuité plus grande que lors de sa première apparition.

La loi sur l'hypnotisme en Belgique. — La chambre des représentants de Belgique vient de voter une loi qui punit de l'amende et de la prison quiconque aura exhibé en public une personne hypnotisée, ou n'étant pas docteur, aura hypnotisé une personne n'ayant pas atteint 21 ans accomplis ou n'étant pas saine d'esprit. On voit, en France, des séances publiques d'hypnotisme attirer de nombreux curieux jusque dans les stations plus particulièrement consacrées au traitement des maladies nerveuses; on en comprend facilement les pernicieux effets. Il est temps que, comme en Belgique, une loi, à défaut de l'autorité administrative, intervienne pour prévenir de pareils abus.

NOUVELLES

Facultés et écoles des départements.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le docteur Lamarcq est institué, pour deux ans, chef de clinique médicale.

Faculté de médecine de Lyon. — Sont nommés, pour l'année scolaire 1891-1892 :

1° *Chefs de laboratoire.* — MM. Meurer (clinique ophtalmologique); Mondan (clinique chirurgical); Roux et Barral (clinique médicale); Rochet (médecine opératoire); Vialleton (anatomie générale et histologie); Bard (anatomie pathologique); Didelot (physique médicale), Contagne (médecine légale); Rodet (médecine expérimentale et comparée); Despeignes (zoologie); Doyon (physiologie).

2° *Préparateurs de laboratoire.* — MM. Albertin (médecine opératoire); Cuilleret (clinique des maladies syphilitiques et cutanées); Lacroix (anatomie générale et histologie); Bret (anatomie pathologique); Genoud (zoologie); Courmont (médecine expérimentale et comparée); Amiel (physique); Gautier (pharmacie); Gérard (anatomie); Brian (physiologie); Levrat (pathologie générale); Sérullaz (médecine légale).

3° *Préparateurs.* — MM. Boyer (chimie minérale); Regaud (clinique médicale).

M. le docteur Mollard, préparateur de clinique médicale, est nommé, pour l'année scolaire 1891-1892, chef des travaux biologiques (clinique médicale).

Faculté de médecine de Nancy. — M. le docteur Prantois est institué, pour une période de trois ans, chef de clinique médicale.

Ecole de médecine de Clermont. — M. Meunier, licencié ès sciences naturelles, est délégué dans les fonctions de suppléant de la chaire d'histoire naturelle, pendant la durée du congé (année scolaire 1891-1892) accordée à M. Glangeaud.

Ecole de médecine de Dijon. — M. le docteur Broussolle, suppléant, est chargé, en outre, d'un cours de pathologie externe pendant la durée du congé (année scolaire 1891-1892) accordé à M. Fleurot.

Ecole de médecine de Nantes. — M le docteur Touaille de Larabrie, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales, est chargé, en outre, pour l'année scolaire 1891-1892, d'un cours de clinique chirurgicale.

Sont nommés préparateurs : MM. Château (chimie et pharmacie), Schmitt (physique, matière médicale et histoire naturelle).

Enseignement clinique de l'hôpital Saint-Antoine. — A partir du lundi 7 décembre, une leçon clinique sera faite tous les matins, à dix heures et demie, à l'amphithéâtre de l'hôpital Saint-Antoine, par les médecins et chirurgiens de cet hôpital. Les leçons du semestre d'été seront faites par MM. Monod, Hanot, Gingeot, Tapret et Galliard; celles du semestre d'hiver, par MM. Blum, Letulle, Brissaud, Merklen et Ballet, conformément au programme suivant :

Lundi : M. Blum. — Clinique chirurgicale;
Mardi : M. Merklen. — Maladies du cœur et des vaisseaux;
Mercredi : M. Brissaud — Maladies générales et séméiologie;
Jeudi : M. Ballet. — Maladies du système nerveux;
Vendredi : M. Blum. — Clinique chirurgicale;
Samedi : M. Letulle. — Maladies du foie et des reins.

Enseignement clinique de l'hôpital Saint-Louis. — Leçons à 5 heures à l'hôpital Saint-Louis. — Série d'hiver du 1er décembre au 10 janvier. — Série d'été du 1er mai au 15 juin.

Enseignement élémentaire.

M. Quinquaud : Pathologie cutanée ; thérapeutique.

M. Brocq : Symptomatologie. Séméiotique.

MM. Quinquaud et Raymond : Syphiligraphie.

Enseignement supérieur.

M. Mégnin : Pathologie comparée des affections de la peau. Parasites de l'homme et des animaux.

M. Portes : Pharmacologie dans ses rapports avec les maladies cutanées.

M. Butte : Physiologie normale et pathologie de la peau.

MM. Nicolle et Veillon : Bactériologie dans ses rapports avec les affections cutanées.

M. Nicolle : Anatomie pathologique des maladies de la peau.

M. Cuvillier : Laryngologie, rhinoscopie, otologie dans leurs rapports avec les affections cutanées et avec la syphiligraphie.

M. Morax : Ophtalmologie dans ses rapports avec la syphiligraphie et les maladies cutanées.

M. Quinquaud : Chimie appliquée à la dermatologie et à la syphiligraphie (pathologie et thérapeutique).

Distinctions historiques. — Sur la proposition du comité consultatif d'hygiène publique en France, le ministre de l'intérieur a décerné les récompenses suivantes aux médecins ci-après désignés qui se sont distingués par leur participation dévouée aux travaux des conseils d'hygiène publique et de salubrité pendant l'année 1888 :

Médaille d'or. — M. Chartier, prof. à l'école de méd. de Nantes.

Rappel de médaille d'or. — M. Pilat, méd. des épid. du départ. du Nord.

Médaille de vermeil. — M. Fouquet, méd. des épid. du départ du Morbihan.

Rappel de médaille de vermeil — M. Jablonski, méd. des épid. de la Vienne.

Médailles d'argent. — M. Blanquinque, méd. des épid. de l'Aisne. — M. Leroy des Barres, méd. des épid. de Saint-Denis (Seine).

Médailles de bronze. — M. Bindé, méd. des épid. d'Ancenis (Loire-Inférieure). — M. Chavanis, (Saint-Étienne.) — M. Gautrelet, direct. hon. de l'école de méd. de Dijon. — M. Labat, prof. à l'école vétér. de Toulouse. — M. Langlais, méd. des épid. de Pontivy (Morbihan). — M. Marquezy, méd. des épid. de Neufchâtel (Seine-Inférieure). — M. Pédrono, méd. des épid. de Lorient (Morbihan). — M. Penant, méd. des épid. de Vervins (Aisne).

Corps de santé militaire.

La direction du service de santé au ministère de la guerre fait préparer actuellement, pour être envoyées dans les régions militaires, les caisses de paquets individuels de pansement pour le temps de guerre. Chaque officier et chaque homme de troupe sera pourvu de ce paquet de pansement. Son poids sera de 25 grammes ; il contiendra une compresse de mousseline iodoformée, une compressede calicot, une bande de 2 mètres avec une épingle de sûreté, 4 grammes de coton dégraissé et un imperméable.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :
Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE
Membres : MM. les Drs POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN,
J. ARNOULD (de Lille), P. FABRE (de Commentry), PITRES (de Bordeaux), RENAUT (de Lyon).
Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Elysées.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

KYSTE HYDATIQUE DU CANAL MÉDULLAIRE

Par MM. William B. Ramson et A. R. Anderson
(de l'hôpital général de Nottingham).

Les cas d'intervention chirurgicale dans le fait de tumeurs comprimant la moelle sont encore trop peu nombreux, et l'existence de kyste hydatique dans le conduit médullaire est un fait trop rarement rapporté, pour que nous ne publiions point l'observation suivante, bien que le succès n'ait point suivi l'opération. L'insuccès du traitement ne rend pas le cas moins instructif, et même l'on pourra y trouver un encouragement à l'intervention chirurgicale.

Partie médicale de l'observation (Dr Ramson). — J. U..., âgé de 42 ans, marié, mécanicien, entre à l'hôpital le 31 décembre 1890, avec une paraplégie durant depuis quinze jours environ. Vingt ans auparavant, il avait eu une hémorrhagie et un chancre probablement mou; il n'y a aucun commémoratif d'une syphilis secondaire. Il a fait pendant quelque temps des excès d'alcool. Pendant six mois, il a été porteur d'une hydrocèle vaginale droite que l'on a ponctionnée plusieurs fois. En 1889, il est entré dans un service de chirurgie; l'on a injecté de l'acide phénique pur sans résultat positif; et après sa sortie de l'hôpital le liquide se reproduisit. Durant son séjour, on n'observa aucun signe de maladie des centres nerveux, sauf des douleurs transitoires dans la région lombaire. Le malade dit avoir ressenti les premières douleurs lombaires dix mois avant son admission (déc. 1890). Ces douleurs se sont manifestées peu à peu et sont arrivées à un tel degré d'acuité qu'il ne pouvait dormir et se promenait toute la nuit. Il y avait aggravation des douleurs pendant la nuit. Ces douleurs avaient deux caractères distincts : tantôt elles semblaient le ronger et le brûler; tantôt c'étaient des douleurs en éclair courant le long des jambes jusqu'à la plante des pieds. Il n'avait alors aucun difficulté à marcher, à évacuer l'urine ou à la retenir; il n'existait aucune diminution de la sensibilité. Quatre mois après, les douleurs disparurent presque subitement, ne revenant que rarement et avec une intensité modérée. Pendant les dix-huit mois qui précédèrent son admission, il vint souvent à la consultation de chirurgie tant à cause de son hydrocèle que de ses douleurs ; il prit alors des doses considérables d'iodure. La plupart du temps il pouvait travailler à son métier. En octobre 1890, les douleurs revinrent avec leur intensité première et le mois suivant il se produisit de la raideur des jambes. Il avait alors perdu toute puissance sexuelle. Le 30 novembre il fut examiné par l'interne qui nota une démarche ataxique et la perte des réflexes rotuliens. Vers le milieu de décembre, se produisit l'impossibilité de marcher et de la difficulté dans l'évacuation de l'urine. Le 31 décembre les désordres continuant et les douleurs devenant plus intenses, il entra dans mon service.

Etat actuel, le 4 janvier 1891. Le malade est intelligent, solidement bâti, mais porté sur la graisse. Il ne peut se tenir debout, et se trouve forcé de se maintenir assis par des coussins car la situa-

---

FEUILLETON

UNE MISSION EN ESPAGNE EN 1891
(*Suite*) (1)

§ 3. — *Les Hôpitaux.*

I

La loi des Cortès du 17 décembre 1820 ordonnait la création d'établissements de secours pour les pauvres malades qu'on ne pouvait soigner chez eux. Si le travail manquait, il fallait en fournir aux pauvres et leur donner de la soupe comme salaire. La loi limitait le bénéfice de l'hôpital à ceux qu'on ne pouvait soigner chez eux, à ceux qui n'habitaient pas la localité, à ceux atteints de maladies suspectes, à ceux qui, bien que non citoyens de la ville, y habitaient mais tous à condition qu'ils fussent de bonnes vie et mœurs et eussent une occupation connue.

La description détaillée de tous les hôpitaux que j'ai en à visiter au cours de ma mission serait fastidieuse et encombrerait inutilement cette relation. Dans chaque capitale de province il y a un hôpital provincial où l'on est reçu gratuitement. Lorsque le malade réside dans une ville de la province qui n'a pas d'hôpital, il est envoyé, s'il est pauvre, à l'hôpital provincial par les soins de la municipalité de sa commune qui paie son séjour par moitié avec la province.

Quelques villes ont deux hôpitaux, comme Cordoue qui en a un pour les maladies aiguës, (350 à 400 malades) et un pour les maladies chroniques (120 à 130). Je mets à part Madrid et Barcelone, villes auxquelles je consacrerai une monographie spéciale pour tout ce qui concerne l'organisation sanitaire et l'assistance.

D'autres villes ont un hôpital militaire où les soldats sont admis moyennant un prix de journée qui ne dépasse guère 1 fr. 50, et sont soignés par un médecin militaire. Il y a dans presque tous les hôpitaux provinciaux ou des villes, à part les départements réservés aux lépreux et aux déments, quelques chambres où l'on recueille les prostituées malades. C'est, en général, une série de chambres fermées sous une seule clé, et d'une installation fort primitive.

(1) Voir les numéros 46, 47, 48 et 49.

tion étendue accroît ses douleurs. Il ne présente aucun symptôme de syphilis présente ou passée; les systèmes circulatoire, respiratoire et digestif sont normaux; urines normales; il existe une hydrocèle de la tunique vaginale droite. Il n'y a point de signes d'affection cérébrale ou de lésion des nerfs crâniens. Il se plaint de douleurs vives, constantes, gravatives, au niveau des vertèbres lombaires, douleurs qui s'irradient quelquefois aux régions iliaques et parfois aussi se propagent en éclair le long des jambes en produisant des élancements très pénibles.

L'on note une sensibilité légère et variable au niveau et sur les côtés des vertèbres lombaires et des quatre dernières dorsales. Il n'existe aucun signe extérieur de difformité vertébrale. A la fesse droite on remarque une petite tumeur qui donne la sensation d'un lipome (ce qui fut confirmé par la nécropsie). La douleur, depuis deux nuits, empêche le sommeil et n'est que très légèrement calmée par l'antipyrine. Sensibilité normale sur les bras, et aussi sur le tronc jusqu'à environ un pouce au-dessus du pubis. Dans l'aire des nerfs inguinaux, anesthésie incomplète et confusion relative entre le contact et la piqûre. Sur les cuisses, anesthésie incomplète en avant et en arrière, et diminution légère de la sensation de température. Sur les jambes et sur la surface supérieure du pied, la sensibilité s'améliore; mais sur les mollets elle reste défectueuse; elle existe normalement presque sur la plante du pied gauche; elle manque à droite. Il n'y a pas de zone d'hyperesthésie. La motilité est normale dans les bras; mais le malade ne peut détacher ses jambes du plan du lit; il peut cependant mouvoir les orteils et cela plus aisément à droite qu'à gauche. Il urine assez difficilement, sauf quelquefois; et de temps en temps il y a écoulement involontaire de l'urine par regorgement. Pas de paralysie du sphincter anal; défécation normale, réflexes rotuliens absents des deux côtés, pas de trépidation épileptoïde, réflexe plantaire léger, surtout marqué à gauche, réflexe crémastérien absent, réflexes abdominaux présents des deux côtés au-dessus de l'ombilic; au-dessous, ils sont absents à droite et très peu marqués à gauche. Pas de contraction musculaire. Tous les muscles des jambes et des cuisses réagissent sous l'action d'un courant faradique modéré.

Dans l'hypothèse d'une syphilis antérieure l'on administre, dès l'entrée, le biiodure de mercure.

Evolution de la maladie. — La semaine qui suivit l'admission, l'acuité des douleurs s'accrut, et celles-ci ne cédèrent qu'à la morphine. Mais elles ne se localisèrent pas davantage, et il n'y eut point de douleurs en ceinture plus nettes. La sensibilité spinale était toujours diffuse au niveau des lombes et des six vertèbres dorsales inférieures. La rétention d'urine devint complète et parfois se produisit une évacuation involontaire des fèces. Le 9 janvier la motricité était abolie dans les jambes et l'anesthésie était complète dans l'aire de distribution hypogastrique des nerfs lombaires. La sensibilité était complètement perdue à la partie supérieure de la région fessière, pas de crampes dans les jambes. Vers le 9 janvier se manifestèrent des eschares au niveau des tubérosités ischiatiques et la température monta à 39°. Les deux jours suivants la température revint à la normale, mais en dépit des pansements antiseptiques les eschares s'accrurent et le 12 janvier la température remonta. On nota le même jour une zone étroite d'hyperesthésie légère au-dessus la région d'anesthésie. Les muscles réagissaient encore, mais sous l'action d'un fort courant faradique.

A cette date du 12 janvier, l'état commençait à empirer rapidement; la nutrition des muscles souffrait et bien que l'aire des troubles nerveux ne s'étendît pas davantage, il devenait évident qu'alors même que les eschares ne rendissent pas la mort imminente (comme il semblait probable), il se produirait bientôt des désordres irréparables dans la moelle si l'on n'arrêtait pas dans un bref délai le processus destructif. D'après la durée de la douleur et de la paraplégie je déduisis que la cause probable des symptômes était une tumeur comprimant la moelle. Il se pouvait aussi que cette tumeur fût une gomme, aussi sembla-t-il rationnel de tenter d'abord l'action du traitement anti-syphilitique. Le fait que le malade avait pris l'année précédente des iodures combattait cette manière de voir; mais nous nous demandions s'il les avait pris à des doses suffisantes et régulières.

Le traitement médical n'a pu en aucune façon arrêter la marche de la maladie et nous nous posâmes la question d'une intervention chirurgicale d'urgence. Il devint donc important de fixer la situation exacte de la tumeur. Du côté de la motilité il était évident, d'après la diminution de l'excitabilité rectale, qu'il y avait lésion du côté des racines antérieures des second, troisième et quatrième nerfs lombaires, ou du côté des cellules de la substance grise dont ils proviennent. La perte de la sensibilité montrait que la lésion atteignait les filets sensitifs, soit dans la moelle, soit au niveau des racines, à la hauteur de la première vertèbre lombaire, tandis que la douzième paire dorsale n'apparaissait que partiellement affectée. Les eschares au niveau des deux ischions montraient que la dégénérescence avait touché les nerfs sacrés supérieurs. En un mot il restait clair que la moelle était atteinte depuis son

---

Les malades aisés peuvent se faire soigner à l'hôpital en payant soit 75 centimes, s'ils sont dans les salles communes, soit 2 à 4 fr. (Oviedo), s'ils sont dans des chambres séparées.

II

Parmi les hôpitaux que j'ai vus, il faut citer, pour ses larges proportions et ses installations, l'hôpital provincial de Valence, lequel fait moudre son blé et fabrique son pain. Le rez-de-chaussée se compose de quatre grandes salles au croisement desquelles est une vaste circonférence éclairée par un dôme; dans les angles rentrants que forment les quatre longues salles, il y a à l'extérieur un jardin pour la promenade des malades, soit quatre en tout. Le rez-de-chaussée est réservé aux hommes; les femmes ont leurs lits au premier.

Les salles des deux sexes sont divisées par spécialités de maladies, pour le service de chacune desquelles il y a un médecin: maladies des organes digestifs, des organes de la circulation et de la respiration, des voies génito-urinaires.

Les salles de chirurgie qui ne figurent pas dans la partie en croix ont aussi leurs médecins spéciaux, deux salles pour la chirurgie générale, deux pour les traumatismes, une pour les maladies des organes génito-urinaires (y compris les dermatoses), une pour les yeux.

Dans les villes où il y a une école de médecine, l'hôpital provincial met à la disposition des professeurs une ou plusieurs salles pour leurs cliniques: Madrid, Barcelone, Cadix, Saragosse où l'on construit actuellement une Faculté qui sera à la hauteur de tous les progrès, sont dans ce cas.

Parmi les villes, chefs-lieux ou non de province, où il y a un hôpital municipal, on peut citer Valence, qui a un établissement pour les maladies contagieuses et infectieuses recevant les citoyens et tous les étrangers de passage, Sarragosse, ville de 26.952 habit. ayant un hôpital de 30 lits, Irsun (9.900 habit., 80 lits), Port Sainte-Marie, près Cadix (20.000 habit.), La Corogne (39.602 habit., qui a l'hôpital de *Caridad* pour 90 malades, et un *hospitalito* pour malades infectieuses), Séville (126.721 habit.) avec un hôpital soutenu par la municipalité ayant 50 malades, en moyenne, à côté des autres hôpitaux de la province, etc.

L'hôpital d'Alicante est un exemple d'hôpital provincial de petite ville, il est petit, peu aéré, mais clair, il s'est peu à peu

extrémité inférieure jusqu'à l'origine du douzième nerf dorsal ou même, si l'on devait considérer l'hyperesthésie confuse apparue plus tard, jusqu'au onzième nerf dorsal.

L'on sait bien maintenant que dans le cas de compression de la moelle, l'agent compresseur se trouve assez souvent situé un peu plus haut que ne le sembleraient indiquer les symptômes. Le cas du Dr Gowers, dans lequel Horsley est intervenu avec succès, l'a parfaitement démontré, aussi bien d'ailleurs que certains faits de traumatismes du rachis rapportés par M. Thorburn. Mais les signes d'implication des centres au niveau des nerfs sacrés lombaires démontraient, dans notre observation, l'extension en bas de la tumeur présumée. Il fut donc considéré comme indiqué de pratiquer la section au niveau de la douzième vertèbre dorsale comme centre, et de partir de là pour s'avancer en haut de deux vertèbres et en bas d'une seule. La longueur variable de la moelle à ce niveau rendait les localisations plus difficiles à déterminer.

Après une consultation faite le 13 janvier, on décida l'opération qui fut pratiquée le surlendemain. On constata le matin même que ni l'anesthésie ni la paralysie ne s'étaient accentuées, mais que les extenseurs de la jambe étaient plus flasques et ne réagissaient plus au faradisme. Les eschares fessières s'ulcéraient davantage, et de petites plaies se montraient au niveau des gros orteils. Avant l'opération, la température était à 39°5. Les urines restaient normales.

PARTIE CHIRURGICALE DE L'OBSERVATION (Dr Anderson). — Le 15 janvier, au matin, la température était à 40°, le pouls à 120; la langue était chargée et sèche. Ces symptômes pouvaient être attribués à la résorption septique au niveau des eschares sacrées. Tout délai pouvant être nuisible, j'opérai à 2 heures de l'après-midi. Le soir précédent, le dos avait été soigneusement lavé au savon puis recouvert pendant toute la nuit d'un pansement humide au sublimé.

L'incision intéressant la peau et la graisse sous-cutanée, dont il existait une couche épaisse, fut pratiquée sur les apophyses épineuses, de la neuvième vertèbre dorsale à la seconde lombaire; mais l'on reconnut plus tard que l'on avait commencé une vertèbre plus bas que l'on ne l'avait voulu, de telle sorte que l'incision s'étendait réellement de la dixième dorsale à la troisième lombaire. Les contours osseux étaient fortement dissimulés par le tissu graisseux et la position exacte des vertèbres ne fut découverte qu'après un examen très soigneux à l'autopsie. Je me débarrassai ensuite rapidement des muscles du côté gauche du rachis et découvris les lames vertébrales; il y eut alors pendant une minute ou deux un abondant écoulement de sang et les quelques vaisseaux qui donnaient furent saisis avec des pinces à forcipressure. L'espace qui existait entre les procès épineux et les muscles rétractés fut comblé avec des éponges, et les muscles du côté droit du rachis attaqués de la même façon. Il y eut de ce côté moins d'hémorrhagie que de l'autre et celle-ci fut très aisément arrêtée. L'apophyse épineuse de la seconde lombaire fut enlevée à l'aide d'une pince à os et le trépan appliqué à la lame qui fut enlevée après quelques difficultés. Les procès épineux restants et les lames de la première lombaire et de la onzième et douzième dorsale furent sectionnés et enlevées à l'aide d'une pince à os angulaire, puissante et à lame fine. Il existait sous les lames un espace très suffisant pour la lame de la pince et je considère cette méthode d'ablation comme beaucoup plus rapide, plus aisée et plus sûre que le procédé lent et douteux par la trépanation. Après cette opération, la graisse qui recouvrait le cordon médullaire fut enlevée et la dure-mère fut exposée. Je ne pus rien découvrir qui ressemblât à un gonflement localisé. J'incisai alors la membrane et mis à nu quatre ou cinq pouces environ de la moelle et de la queue de cheval lesquelles étaient d'une coloration bleu grisâtre et d'une consistance nettement ramollie. Une aiguille à anévrisme fut placée autour du cordon médullaire, mais l'on ne put rien sentir à sa partie antérieure. Le liquide céphalo-rachidien s'écoula librement à l'ouverture de la dure-mère. Comme rien ne se montrait, nous nous décidâmes à fermer la blessure. La dure-mère fut replacée sur la moelle mais non suturée; la blessure lavée avec une solution à 1/4000 de sublimé et fermée par quatre fils de soie et superficiellement à l'aide de crins. Un large pansement de gaze antiseptique fut appliqué.

Deux jours après (17 janvier) le pansement fut fait à nouveau, un peu de liquide céphalo-rachidien ayant filtré au travers. La plaie avait bonne apparence sans aucun signe de suppuration. L'écoulement du liquide était très peu abondant. — 18 janvier, nouveau pansement; pas de changement. Le malade allant s'affaiblissant, mourut à 5 heures du soir.

Autopsie (Dr Ranson). — A l'autopsie, faite vingt-deux heures après la mort, l'on trouva tout le corps distendu de gaz et les changements cadavériques étaient avancés.

En élargissant l'incision dorsale et en exposant le rachis l'on trouva dans la substance des muscles dorsaux à droite des vertèbres lombaires, deux cavités, l'une du volume d'une noix et l'autre de celui d'une mandarine constituées par des parois grises et opaques et un contenu pultacé grisâtre au milieu duquel se trouvent, dans la grande cavité, deux ou trois hydatides filles typiques. Des lambeaux de membrane hydatide furent trouvés

---

agrandi et peut contenir 130 lits; il n'y en avait que 115 d'occupés le jour où je l'ai visité. Le service est fait par 2 médecins à 2.000 fr., 1 chirurgien pour les maladies des yeux très fréquentes dans la province. Les praticiens, au nombre de 3, sont payés 1.225 fr. et il y a 3 infirmiers, 1 infirmière, et 12 sœurs qui, en outre de la surveillance, donnent des soins aux femmes malades.

L'administration paraît régulière, le directeur qui me faisait les honneurs de l'hôpital m'assurait que la nourriture y est « excellentissime. »

L'hôpital de Cadix, voisin de l'École de médecine, présente cette particularité qu'il donne asile aux voyageurs qui se préparent à aller en mer. S'ils doivent y passer huit jours, ils couchent dans les salles d'en bas, s'ils doivent dépasser ce séjour, ils vont aux salles du 1er étage; on reçoit également des payants de cette catégorie.

III

La charité privée a aussi ses hôpitaux que nous étudierons surtout en parlant de Madrid et de Barcelone, mais qui sont peu nombreux dans les autres provinces.

A Cadix, un assez grand hôpital, suffisamment aménagé, est la propriété d'une confrérie qui s'est organisée de façon à ce que chaque membre ait un pauvre à secourir et à entretenir, depuis le moment où ce dernier est tombé malade, c'est-à-dire, à lui payer les soins médicaux et les journées de maladie. S'il arrive que le sociétaire, à qui est échu l'entretien d'un malade, croit que ses ressources ne lui suffiront pas pour pousser jusqu'au bout sa protection, il s'adresse au chef qui provoque l'offre d'un nouveau sociétaire, ou le désigne d'office. A Ségovie, il y a deux hôpitaux particuliers, dont l'un, la *Misericordia*, soutenu par l'évêque.

Dans d'autres hôpitaux provinciaux, la charité privée s'introduit pour un service spécial; c'est ainsi qu'une société de « servantes des pauvres et de la soupe », dont le titre indique le rôle, entretient 5 salles de convalescents à l'hôpital provincial de Saragosse.

IV

J'ai dit que les médecins des hôpitaux ont une situation autre en Espagne qu'en France. Dans la plupart des villes importantes, ils sont nommés au concours, et arrivent, par échelon, au grade de médecin directeur de l'hôpital dans lequel ils sont entrés comme

sur les parois des cavités, qui ne semblaient pas être en communication l'une avec l'autre ni avec le rachis. Un examen soigneux du rachis montra que les parties osseuses enlevées pendant l'opération, appartenaient à la onzième et la douzième dorsales et à la première et à la seconde lombaires. L'ablation de la suivante, c'est-à-dire de la dixième dorsale, montra immédiatement la tumeur que nous avions cherchée; c'était une masse blanchâtre, molle, analogue à du fromage, ayant à peu près le volume et la forme d'un marron d'Inde, attachée par un pédicule à l'arc de la dixième vertèbre dorsale et comprimant la dure-mère sur une étendue d'un pouce à sa surface dorsale.

A l'œil nu, l'on ne pouvait décider de sa nature et elle se rompit immédiatement quand on la plaça dans l'alcool.

Mais l'examen microscopique démontra qu'il s'agissait là d'un kyste hydatique caséifié contenant parmi ses débris de nombreux fragments d'une membrane hydatide typique. La section de la dure-mère faite pendant l'opération avait pénétré d'environ un demi-pouce dans la masse et nous fûmes quelque peu surpris de n'en avoir pas vu l'extrémité inférieure quand nous avions porté notre examen sous le dixième arc. Le cordon médullaire lui-même était fortement aplati et presque fluide sur une étendue d'environ un demi-pouce au point de la compression; il se trouvait extrêmement ramolli de ce point jusqu'à son extrémité. Au-dessus de la tumeur, ramollissement à peu près un pouce; mais dans le reste de son étendue la moelle n'offrait aucune modification visible à l'œil nu sauf un ramollissement général léger dû aux modifications cadavériques.

L'examen microscopique de la moelle, après durcissement dans le bichromate d'ammoniaque, montra une désintégration complète de sa structure au point comprimé, une désorganisation diffuse très étendue des substances blanche et grise sur un pouce au-dessous de ce point et des modifications semblables mais moins accusées sur un pouce au-dessus. Des coupes faites au milieu de la région dorsale ne montrèrent aucune dégénérescence bien définie.

Quant au kyste hydatique, il avait des connexions intimes avec le sommet de l'arc de la dixième dorsale et ne présentait aucune continuité visible avec les kystes des muscles. On ne trouva aucun trou anormal dans l'os. Il n'existait d'hydatide nulle part ailleurs et le cerveau ne présentait d'autre modification qu'une inflammation chronique légère de ses membranes.

Il existait aussi une énorme quantité de tissu graisseux sous-cutané, péricardique et péritonéal; les modifications *post-mortem* étaient très avancées partout et le muscle cardiaque était creusé de petites cavités renfermant des gaz. Il était clair qu'il s'était fait une infection rapide provenant des eschares. Le testicule droit était atrophié et la tunique vaginale du même côté très épaissie.

Il est à regretter que le malade n'ait pu être soumis à notre observation qu'à une période aussi avancée de sa maladie, car nombre de phénomènes intéressants du développement de la maladie ont ainsi échappé à une recherche soigneuse. L'histoire de douleurs spinales intenses s'irradiant aux jambes, diminuant ou même disparaissant pendant des semaines ou des mois dans le commencement, mais au bout d'une année et demie revenant avec une intensité plus grande, une perte de la sensibilité et de la motricité dans les jambes, cette histoire démontrait clairement qu'il s'agissait là d'une compression de la moelle, mais la diffusion de la douleur et son caractère variable rendaient sans utilité ce symptôme douleur pour la précision exacte de la localisation, bien que ces caractères rendissent assez probable, que la tumeur était en dehors et non en dedans de la dure-mère.

Les tumeurs de l'arachnoïde ou de la pie-mère tendent davantage à produire des symptômes unilatéraux; il est probable que, dans le cas actuel, les kystes hydatiques intra-musculaires ont joué un certain rôle dans la production de la douleur.

Autant que l'on puisse l'affirmer, la perte de la sensibilité et de la motilité semble s'être faite simultanément et bien que le patient ait dit qu'il se sentit les jambes raides deux mois avant son admission, il semble cependant hors de doute que la rigidité musculaire ait été jamais bien marquée. L'on n'a à aucun moment noté de l'exagération des réflexes et un mois avant l'admission, l'interne avait trouvé que les réflexes rotuliens manquaient, fait qui, combiné avec un certain degré d'ataxie et la perte de la puissance sexuelle, avait fait alors penser au diagnostic d'ataxie locomotrice. Il semble probable que la pression sur les racines antérieures de la partie inférieure de la région dorsale ait causé une ressemblance relative avec le tabes dorsalis, car l'absence du réflexe rotulien n'était pas alors dû à la puissance musculaire.

Quant à la marche de la paralysie et de l'anesthésie, l'on remarquera que la motilité s'est maintenue dans les orteils le plus longtemps, alors que la sensibilité disparaissait de la plante des pieds et des mollets avant d'abandonner les jambes. Le pied qui avait le premier perdu la sensibilité a conservé plus longtemps que l'autre sa motilité. L'hyperesthésie, dans une zone supérieure à celle de l'anesthésie ne fut observée qu'un seul jour et cela d'une manière confuse.

---

simples médecins-adjoints, ou de garde. Leurs appointements sont compris entre les chiffres extrêmes de 500 et 5 000 fr. Quelquefois, c'est sur leurs titres qu'ils sont choisis. Ils sont aidés dans leur tâche par une catégorie de praticiens, qui portent, en effet, en Espagne, le nom de «practicantes» et qui sont, dans certains hôpitaux et villes, les analogues de nos internes, dans d'autres, les analogues des officiers de santé. C'est une classe de médecins qui a subi bien des variations, dont il y a environ 9.000 en Espagne, et que l'on a tendance à faire disparaître. Parmi ces praticiens, qui aident le médecin en ville ou à l'hôpital, par service imposé ou volontairement, il y en a qui resteront toujours ce qu'ils sont, assistant les chirurgiens dans leurs opérations et les médecins dans l'application des remèdes.

Les conditions pour acquérir le titre de praticien sont l'écriture, le système métrique, l'anatomie régionale et générale, la science des bandages, pansements et des opérations de petite chirurgie, à l'exception de la chirurgie dentaire, un stage de deux ans dans un hôpital contenant au moins 60 lits et où l'on a rempli les fonctions d'aide du chef de service qui délivrera un certificat au candidat. Un examen passé devant un jury composé d'un professeur de Faculté d'un médecin d'hôpital et d'un agrégé de Faculté, constate la capacité du candidat. Les praticiens de pharmacie remplacent les notions d'anatomie et de bandages et appareils par l'histoire naturelle et la préparation des remèdes.

Pour les sages-femmes (matronas), on demande des notions d'obstétrique (anatomie physiologique) d'accouchement naturel, plus les règles à suivre en cas d'accouchement naturel en ce qui concerne l'accouchée et le nouveau-né, et en cas de baptême des enfants qui seraient en danger de mort. Un certificat constatant un stage de deux ans dans une maternité leur est nécessaire. L'examen est passé dans les mêmes conditions que ceux des praticiens qui, on le voit, sont des officiers de santé dont l'instruction est moins complète que chez nous.

V

J'ai assisté à plusieurs visites d'hôpital, soit à Madrid, où le chef de service est aidé d'un chef de clinique nommé au concours, et d'internes nommés de même, ou de ces derniers seulement, travailleurs expérimentés qui secondent le maître et seront, à leur tour des médecins ou des chirurgiens distingués, soit dans des

Il y a à remarquer la rapidité des symptômes terminaux de la compression. Le malade fut capable de marcher jusqu'au milieu de décembre. La diminntion de l'excitabilité électrique des muscles démontra, le 12 janvier, des lésions extensives des cellules de la corne antérieure, et la mort arriva le 18 janvier.

Ce cas est intéressant en ce qui concerne le diagnostic du niveau où une tumeur comprime la moelle; il montre bien qu'elle peut siéger plus haut que ne le ferait supposer l'anesthésie ou la paralysie. Les tumeurs siégeant en dehors de la dure-mère doivent ressembler en cela aux luxations des vertèbres dans lesquelles, comme le démontrent les statistiques de Thorburn, la lésion médullaire est fréquemment à deux vertèbres plus haut que le niveau de l'anesthésie. Le niveau des tumeurs intra-duriennes peut probablement être estimé plus exactement. Le diagnostic de la nature de la tumeur a été dans ce cas impossible à faire. Il n'existait aucune raison dans l'histoire de la maladie on dans les signes physiques qui fît suspecter des hydatides, et l'extrême rareté de la présence d'échinocoques dans le canal spinal le rendait a priori improbable. Neisser (cité par Leuckart dans ses *Parasites de l'homme*), a réuni 986 cas d'échinocoques parmi lesquels 13 seulement avaient été trouvés dans le canal rachidien; et le Dr Maguire, après recherches dans toute la littérature du siècle, n'en a pu trouver qne 20 cas en tout. Dans plusieurs de ces cas, les hydatides avaient rongé l'extérieur de la colonne vertébrale (plèvres, péritoine, muscles), et dans un cas (Reydellet), l'on ouvrit une tumeur kystique saillant au niveau de la colonne lombaire et des hydatides filles s'en échappèrent. Le malade mourut un an plus tard par suite de la suppuration de la plaie. Dans la grande majorité des cas du Dr Maguire il existait de nombreux kystes, de telle sorte que notre cas est exceptionnel puisqu'il n'en existait qu'un. Souvent l'on a trouvé les kystes situés à peu près sur toute la longueur de la moelle. Parmi les cas de Maguire, il n'en est que 4 où les hydatides se tronvaient situées dans l'intérieur de la dure-mère; mais deux fois pour des cysticerques, le parasite se trouvait dans la substance même de la moelle. La durée des symptômes dans les 20 cas a varié de trois mois à qnatre ans, mais la moyenne a oscillé entre six et dix-huit mois. Les douleurs semblent avoir été dans la plupart d'entre enx un symptôme précoce et marqué, mais dans qnelqnes-uns elles n'ont pas été spécialement mentionnées. Presque toujonrs, mais non toujours, l'anesthésie est devenue complète, et la paraplégie semble deux on trois fois être apparue sondainement. L'on ne trouve aucun détail sur l'état des réflexes, sanf dans le cas personnel du Dr Maguire; dans ce cas, les kystes s'étendaient le long de la première partie du canal rachidien sur le côté dorsal de la dure-mère. La paralysie des jambes était complète et s'étendait aux bras, mais la sensibilité ne fut jamais complètement abolie. Il y avait rétraction de la tête, accroissement des réflexes patellaires et trépidation épileptoïde.

Pour nous résumer, nous dirons que les hydatides du canal rachidien sont ordinairement extra-duriens et multiples; mais ils ne penvent être diagnostiqués des tumeurs bénignes telles que le fibromyome et le lipome, à moins que l'on ne trouve ailleurs d'autres kystes. Le fait qu'ils sont ordinairement multiples les rend moins sujets à l'intervention chirurgicale, cependant les faits que nous rapportons indiquent clairement qu'un tel traitement peut être en certains cas d'un très grand avantage.

REVUE DE TOXICOLOGIE

I. — SUR LES AFFECTIONS NERVEUSES CONSÉCUTIVES AUX EMPOISONNEMENTS PAR LA VAPEUR DE CHARBON, par le Dr P. SCHWENIN. (*Berliner Klin. Wochenschrift*, 1891, n° 45, p. 1089.)

II. — TROIS CAS D'ANÉMIE PERNICIEUSE AIGUË DANS LA MÊME FAMILLE. CONTRIBUTION A L'HISTOIRE DES INTOXICATIONS OXYCARBONIQUES PAR LES POÊLES A COMBUSTION LENTE, par le Dr A. KONEN et le professeur S. THORUPS. (*Nork. Magazin für Lägevidensk.* 1891, p. 550 et 578.)

III. — UN CAS D'INTOXICATION PAR L'ARSENIC ET UN CAS D'EMPOISONNEMENT PAR L'ACIDE SULFURIQUE, par M. KNNZE. (*Allgemeine Medicin. Central. Zeitung*, 1891, n° 31.)

---

villes de moins d'importance, Cadix, Pampelune, Bilbao, Grenade, où les praticiens suivent la visite du chef, prennent pour lui des observations, exécutent ses ordres dans la journée, relativement aux soins, médicaments, ou pansements. Il y a toujours un praticien de garde; dans les grands hôpitaux, ils sont sous la surveillance du plus ancien d'entre eux.

Les sœurs sont, de par les règlements, chargées de tout le service matériel des salles et des malades, en dehors des soins médicaux, propreté des salles, garde des effets des malades, lingerie, cuisine, etc. Dans la plupart des hôpitaux d'Espagne, comme dans la plupart de ceux de France, la sœur ne fait pas les pansements. Des infirmiers et infirmières en sont chargés. Il y a, en outre, des serviteurs (mozos garçons et criadas servantes); les premiers ont la surveillance des salles, la distribution des aliments et remèdes, la préparation des bains, le service de la propreté sous la direction des sœurs, le service des autopsies; les secondes sont à la disposition des sœurs pour le service des salles, des vêtements et de la cuisine. La pharmacie est tenue par un pharmacien ou des sœurs, suivant l'importance de l'hôpital.

VI

Les établissements généraux, entretenus par l'État, sont au nombre de 8. L'hôpital de la Princesse, dont je parlerai en faisant la monographie de Madrid; l'hôpital des Incurables hommes de Madrid (Nuestra Senora del Carmen où l'on entre à 50 ans), celui des Incurables femmes de la même ville (Jésus le Nazaréen) qui sont réservés tons deux à 250 incurables n'ayant ni moyens d'existence, ni familles capables de subvenir à leurs besoins.

L'hôpital des décrépits et aveugles de Tolède (hôpital du Roi), qui admet les décrépits à 65 ans et les aveugles à 40; dans les trois derniers établissements que je viens de désigner, l'entrée est gratuite, mais un dixième des admis peuvent être pris parmi des infirmes capables de payer 1 fr. 50 par jour.

Il y a encore l'asile d'aliénés de Leganès, dont je parlerai bientôt, l'hôpital hydrologique de Charles III à Trillo (Guadalajara) l'analogue de nos hôpitaux thermaux de Vichy, Barèges, Amélie, etc., le collège des aveugles de Sainte-Catherine à Madrid, qui enseigne surtout la musique et le chant à ces deshérités, qui sont au nombre de 24 et restent au collège huit ans.

J'ai remarqué que, dans les conditions faites au portier, on lui demande d'être célibataire ou veuf sans enfants, et de savoir lire et écrire. Le dernier établissement d'État est celui des orphelins de l'Union, à Aranjuez, destiné à 94 enfants de soldats on citoyens morts au service de la patrie, dont 24 filles de soldats de la garde civile (gendarmes) décédés; on ne les admet qu'à l'âge de 14 ans. Elles sont instruites par des sœurs de charité.

Dr C. DELVAILLE.

(*A suivre.*)

IV. — Action de l'atropine dans un cas d'empoisonnement par le cyanure de potassium, par le Dr Wichmann. (*Aerztlicher Praktiker*, 1891, n° 14.)

I. — A propos d'un cas de paralysie consécutive à un empoisonnement par l'oxyde de carbone, survenu dans le service du professeur Senator, de Berlin, M. Schwerin soulève la question de savoir si ce genre de paralysie est d'origine centrale ou périphérique.

A l'autopsie du sujet en question, on a constaté les lésions suivantes :

Vascularisation très grande du cerveau, principalement de la substance grise; les poumons étaient le siége d'une rougeur telle qu'on ne l'observe à ce degré qu'à la suite des troubles circulatoires du cœur gauche; tuméfaction légère de la rate; dans le foie et dans les reins, les vaisseaux étaient distendus par le sang, comme si on avait pratiqué une injection artificielle. Cette réplétion vasculaire intéressait aussi bien les artères et les veines que les capillaires. Les artères méningées et leurs ramifications étaient gorgées de sang et décrivaient des sinuosités, c'est-à-dire qu'elles étaient à la fois plus larges et plus longues qu'à l'état normal. Les muscles sont d'un rouge cerise ou, dans les cas graves, d'un gris mat, envahis par des altérations inflammatoires qui aboutissent à la dégénérescence graisseuse. Celle-ci intéresse également le parenchyme du foie, de la rate, du rein, le myocarde et la substance grise du cerveau.

Si on considère les choses au point de vue clinique, on constate que l'empoisonnement par l'oxyde de carbone se traduit par des syndromes nerveux très variés : psychoses, névroses, chorées (Leudet), paralysie ascendante (Leudet), scléroses multiples (Becker), aphasie, amnésie, trophonévrose, névrites avec paralysies périphériques.

A propos de ces dernières, l'auteur cherche à démontrer que les paralysies périphériques consécutives à l'intoxication par l'oxyde de carbone sont presque toujours de nature accidentelle, c'est-à-dire causées par un véritable traumatisme, par la compression; pendant la période de perte de connaissance, qui est souvent d'une durée très longue, le malade est resté couché sur le membre où siége la paralysie; il en est résulté une contusion ou un tiraillement des nerfs comprimés, qui entraînent à leur suite des troubles nutritifs durables. Ceux-ci se traduisent à l'autopsie par une disparition des cylinder-axes et des gaines de myéline, dans des portions circonscrites des nerfs paralysés. On ne voit pas, d'ailleurs, fait remarquer l'auteur, de quelle nature serait l'action directe exercée par l'oxyde de carbone sur les nerfs.

Quant aux accidents consécutifs à ce genre d'intoxication et qui évoluent sous les traits d'une affection du système nerveux central, il n'y a pas à douter qu'ils ne soient sous la dépendance d'une lésion des centres nerveux.

II. — Dans une famille aisée habitant Christiania, trois enfants ont présenté, au début de l'hiver 1890, les symptômes d'une anémie aiguë, à marche pernicieuse. L'un des enfants a succombé après neuf jours de maladie. Les deux autres se sont rétablis, après qu'on les eût soumis à un traitement par l'arsenic et le fer, complété par un changement d'air. Un autre membre de la famille, un jeune homme de 18 ans, a présenté les mêmes accidents, sous une forme atténuée et avec une durée moindre. Les parents et une fille de constitution faible sont restés bien portants.

Voici d'ailleurs comment les choses se sont passées chez les trois enfants atteints en premier lieu : la maladie a débuté par un malaise général, et par l'apparition d'une légère teinte subictérique des conjonctives. La peau, les lèvres, la langue, les gencives sont devenues d'un blanc cireux. La fréquence du pouls a considérablement augmenté au niveau du cœur, on percevait un bruit de souffle très intense, qui se prolongeait le long des vaisseaux du cou; les malades sont venus en proie à la céphalalgie et à une dyspnée qui ne trouvait pas sa raison d'être dans des altérations des organes respiratoires; augmentation de volume de la rate; fièvre légère, atypique.

A l'autopsie de l'enfant, qui a succombé, on n'a pas constaté d'autres altérations qu'une extrême décoloration des organes internes, une dilatation du cœur et une dégénérescence graisseuse très avancée du myocarde, une augmentation de volume et de consistance de la rate. Chez les autres malades, on a constaté une diminution énorme du nombre des globules rouges et de l'hémoglobine, sans leucocytose, et de la peptonurie.

D'une enquête faite par le professeur Thorups, il résulte que ces cas d'anémie grave reconnaissaient pour cause une intoxication par l'oxyde de carbone, en rapport avec l'usage d'un poêle mobile que la famille en question avait rapporté de Paris et dans lequel on brûlait du coke mouillé. Cinq jours après qu'on eût éteint ce poêle, l'air de la pièce dans lequel il avait fonctionné contenait encore de 0,04 à 0,05 0/0 d'oxyde de carbone; or, on sait que la présence de 1/4000 de ce gaz dans une atmosphère suffit déjà à produire des accidents d'intoxication.

Les faits relatés par MM. Koren et Thorups montrent, d'ailleurs, qu'il importe de ne pas se préoccuper exclusivement des accidents d'intoxication aiguë, causés par les poêles mobiles, mais aussi des accidents d'intoxication chronique, plus fréquents et souvent plus difficiles à reconnaître.

III. — M. Kunze relate d'abord un exemple d'intoxication aiguë consécutive à l'administration interne de l'arsenic. Il s'agit d'un ouvrier de 32 ans, d'une constitution robuste, affecté d'un psoriasis, et qu'on avait soumis au traitement suivant :

Prendre trois fois par jour, 8 gouttes de la solution suivante :

Liqueur d'arsénite de potasse. } āā 10 gr.
Eau de menthe poivrée. }

Augmenter tous les jours de trois gouttes.

Tout d'abord le malade suivit sa prescription avec une exactitude parfaite. Puis, ayant négligé de prendre sa potion pendant plusieurs jours, il résolut de se rattraper, et après un repas copieux, il absorba d'un coup, de 120 à 130 gouttes de la solution. Au bout de quelques minutes, il ressentit une sensation extrêmement violente de brûlure au creux de l'épigastre, suivie de fortes crampes qui semblaient se continuer le long de l'œsophage jusqu'au larynx. Le malade faisait des contorsions comme un ver; sa figure était d'une pâleur cadavérique.

M. Kunze, mandé auprès du patient, se mit en devoir de lui pratiquer le lavage de l'estomac en attendant qu'il eût sous la main un antidote de l'arsenic. A deux reprises il fut obligé de retirer la sonde, dont la lumière était obstruée par des débris d'aliments. Une troisième tentative d'introduction échoua devant des contractions spasmodiques de l'œsophage. Cependant on réussit à faire pénétrer la sonde dans l'estomac, après qu'on eût enduit son extrémité d'une pommade à la cocaïne. Pour débarrasser complètement l'estomac de son contenu, il fallut faire passer 10 litres d'eau. Pendant ce temps les douleurs d'estomac avaient considérablement diminué. On administra ensuite au malade de l'antidote avec un peu d'huile de ricin. Trois jours après il pouvait reprendre ses occupations.

Cette observation démontre tout le parti qu'on peut tirer du

lavage d'estomac dans les cas d'empoisonnements aigus, lorsque le médecin peut intervenir immédiatement.

Une seconde observation de M. Kunze concerne un ouvrier qui, étant en état d'ébriété, tomba sur un récipient lequel contenait de l'acide sulfurique dilué; la figure avait été immergée assez profondément dans le liquide caustique. Un quart d'heure plus tard, le médecin fut appelé à examiner le sujet : la figure, la bouche et le nez présentaient les traces d'une cautérisation superficielle; on avait eu soin de laver ces parties immédiatement avec de l'eau, ce qui explique le peu de ravages causés par le caustique. Le malade se plaignait également d'une sensation de douleur au creux épigastrique. M. Kunze lui fit absorber 250 grammes d'une solution un peu forte de savon de soude, additionnée de cendre de bois. Au bout d'une heure le malade avait cessé de souffrir, il présenta encore longtemps les symptômes d'un violent catarrhe de l'estomac, qui ne se dissipa qu'au bout de quinze jours, sous l'influence d'un régime et d'un traitement appropriés.

IV. — Un étudiant en pharmacie avait absorbé une certaine quantité d'une solution aqueuse de cyanure de potassium. M. Wichmann le trouva dans l'état suivant : Perte complète de la connaissance; figure un peu œdématiée et cyanosée; globes oculaires proéminents et injectés; les pupilles inégalement dilatées ne réagissaient plus à la lumière; le réflexe cornéen était aboli; les mâchoires étaient fortement pressées l'une contre l'autre; écoulement de mucus par la bouche et par le nez; rigidité de la nuque et du dos; les bras et les jambes étaient dans l'extension, légèrement contracturés. Le pouls, petit, battait 120 à la minute. La respiration était suspirieuse, lente (16). Anesthésie cutanée complète. Les réflexes patellaires étaient faibles des deux côtés.

On administra un vomitif, sans résultat. Puis on pratiqua le lavage de l'estomac avec 9 litres d'eau. On fit des affusions froides, des applications d'eau glacée sur la tête et la nuque, et des inhalations de chlore; on administra au malade du cognac. La situation ne fit que s'aggraver, la fréquence du pouls s'éleva à 16°, le nombre des respirations à 32. On fit alors au malade 2 injections d'atropine, d'un milligramme chacune, à une demi-heure d'intervalle. Cinq minutes après la première injection, on constatait une amélioration évidente. La respiration était plus libre, le pouls plus vigoureux et moins fréquent, le réflexe cornéen avait reparu. Cette amélioration se prononça davantage après la seconde injection. Le malade répondait par oui et par non aux questions qu'on lui posait, il absorba un peu de café noir et put se redresser sur son lit. Cet état se maintint pendant une demi-journée environ, puis le malade succomba subitement.

(*A suivre.*) E. Ricklin.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de thérapeutique chirurgicale, par MM. Forgue et Reclus. — Deux vol. in-8° avec 315 figures dans le texte. Masson.

Le moment semble favorable pour établir le bilan de la thérapeutique chirurgicale. Enhardie par les procédés d'hémostase dans le calme de l'anesthésie générale ou locale, la chirurgie antiseptique justifie toutes les audaces opératoires. D'autre part, les statistiques des quinze dernières années, faites sous le couvert de l'antisepsie, fournissent les éléments d'une critique par les faits; s'ils permettent de faire justice de quelques essais imprudents, ils établissent que bien des points ont reçu une formule définitive; des détails seuls seront modifiés.

Le livre que publient MM Forgue et Reclus n'établit pas seulement ces faits historiques, que la science française peut regarder sans honte, car elle suit ce progrès avec prudence et, parmi les initiateurs, peut citer Pasteur à côté de Lister; ce traité de thérapeutique est aussi un livre pratique et qui comble une lacune.

Dans les traités les plus récents de pathologie externe, les indications thérapeutiques ne trouvent à la fin de chaque chapitre un petit coin que pour la symétrie.

Dans les livres de clinique où la description symptomatique est restée excellente, tout ce qui touche au traitement a le plus souvent vieilli.

Les livres de médecine opératoire, même le manuel si lumineux de précision de Farabœuf, se bornent à la description des opérations d'amphithéâtre, et il n'existe pas de traité où soient décrits les procédés de la grande chirurgie ou de la chirurgie courante. Faire ce livre, le relier par l'étude des indications opératoires aux livres de séméiologie : tel a été le but que se sont proposé les auteurs.

Pour le plan général de l'ouvrage, ils ont suivi celui qui avait le moins de chance de dérouter le lecteur, celui des traités de pathologie externe, étudiant la thérapeutique générale chirurgicale, puis déterminant, pour chaque variété de cas, des procédés à opposer aux affections spéciales des régions et des organes.

En somme, en publiant ce livre, les auteurs ont rendu un véritable service; ils l'ont doublé en facilitant la tâche du lecteur par l'abondance des figures, la clarté de l'exposition, et par une facilité élégante d'expression qui, si le public médical est sensible aux charmes littéraires, fera de l'avant-propos sur les origines et tendances de la chirurgie contemporaine, un régal de délicat.

Ischwald.

BULLETIN

La séance publique annuelle de l'Académie de médecine. — La loi sur l'exercice de la médecine en France. — L'assistance médicale gratuite en Belgique. — L'enseignement clinique des hopitaux.

L'Académie de médecine a tenu, mardi dernier, sa séance publique annuelle, sous la présidence de M. Tarnier. Nous publions plus loin les noms des lauréats et donnerons dans le prochain numéro la liste des prix proposés pour 1892.

Le rapport général sur les prix décernés, dont M. Bergeron a donné lecture, avait été écrit par Féréol : c'est comme son testament médical. Il y a travaillé jusqu'à la dernière heure, alors même qu'il était étreint par la souffrance, et aucun de ses travaux ne reflète mieux la distinction de son esprit et l'élévation de ses sentiments. M. Bergeron a rendu à la mémoire de son collègue un nouvel hommage de sympathie et de regrets auquel tout le monde s'est associé. Premier imitateur de Demarquay, dont il avait recommandé l'exemple, Féréol a laissé à l'Académie un legs de 1000 francs, à verser au fonds de réserve qui devra, un jour, permettre à la savante Compagnie d'avoir une installation digne d'elle.

Après la proclamation des prix par M. le président, au lieu de l'éloge traditionnel qui entre dans les attributions du secrétaire perpétuel, on a entendu une excellente étude de M. Cadet de Gassicourt, intitulée : *Coup d'œil sur la médecine*

française au XIXe siècle. Le sujet était intéressant, mais un peu vaste et aussi peut-être un peu aride pour un auditoire dont les dames composaient une partie importante. M. Cadet de Gassicourt a su triompher de la difficulté, captiver l'attention et s'attirer de justes et unanimes applaudissements.

— La commission du Sénat a arrêté définitivement le texte du projet de loi sur l'exercice de la médecine, qui devra être soumis aux délibérations de la haute Assemblée et renvoyé ensuite à une seconde délibération de la Chambre des députés. Ce texte a beaucoup de chances pour être adopté sans de grands changements par les deux Chambres, car la commission sénatoriale s'est mise d'accord avec les membres de la commission de la Chambre des députés et avec M. Brouardel, commissaire du gouvernement. Il apporte au projet primitif des modifications assez importantes. La GAZETTE MÉDICALE, qui a publié une étude si approfondie du projet, examinera prochainement la portée de ces modifications. Quelque activité qu'y mette la commission, la discussion devant le Sénat ne pourra certainement s'ouvrir avant un ou deux mois. Mais, enfin, il est permis d'espérer que l'année 1892 verra la promulgation d'une loi qu'on n'a cessé de réclamer depuis le congrès de 1845.

— Cette loi n'est pas la seule intéressant notre profession qui ait mis tant de temps à fixer les délibérations du pouvoir législatif. L'organisation de l'assistance médicale gratuite, depuis de si longues années à l'étude, attend encore son inscription à l'ordre du jour de nos deux Assemblées parlementaires. Sous ce rapport, nous venons d'être devancés par la Belgique où la loi suivante a été promulguée le 3 décembre dernier, pour entrer en vigueur le 1er janvier prochain :

« Article premier. Les communes sont tenues d'assurer les soins médicaux aux indigents qui se trouvent sur leur territoire :

« *A.* Soit en organisant un service hospitalier dans leurs établissements de bienfaisance ;

« *B.* Soit en traitant avec l'administration des hospices d'une ou plusieurs communes du royaume ou, moyennant l'autorisation du Roi, avec les administrateurs d'un ou plusieurs établissements privés ;

« *C.* Soit en organisant un service médical à domicile.

« Art. 2. Les conventions qu'elles concluront aux fins prévues par l'article précédent, litt. *B*, stipuleront l'admission dans un hôpital ou dans un hospice d'un nombre d'indigents malades ou infirmes en rapport avec les besoins de leur service hospitalier et régleront les frais d'entretien et de traitement.

« Les conventions qui seront conclues avec une administration publique de bienfaisance par les communes placées sous les attributions des commissaires d'arrondissement seront soumises à l'approbation de la députation permanente du conseil provincial.

« Les conventions ne pourront pas avoir une durée de plus de vingt années.

« Art. 3. En cas d'inaction ou de refus de la part d'une commune, le gouvernement pourra, la députation permanente entendue, désigner un établissement hospitalier où seront reçus les indigents malades ou blessés de cette commune et arrêter, d'accord avec l'administration de l'établissement, le tarif des frais de leur traitement et de leur entretien ou faire procéder d'office à l'organisation du service médical à domicile.

« Art. 4. Les médecins désignés pour le service médical gratuit sont tenus de traiter tous les indigents malades ou blessés qui se trouvent sur le territoire de la commune.

« Art. 5. Le conseil communal sera tenu de porter annuellement au budget des dépenses la somme nécessaire soit pour le paiement régulier des frais d'entretien et de traitement que les besoins du service hospitalier de la commune comporteront sur pied des conventions conclues, soit pour le paiement des frais de traitement et d'assistance à domicile. »

En reproduisant le texte de cette loi, nous sommes loin de vouloir la donner comme modèle à celle que nous attendons en France et nos confrères belges ne se dissimulent pas les difficultés que créeront les articles 4 et 5 en mettant les médecins aux prises avec les faibles ressources et parfois les mesquineries des administrations rurales. Sans doute le gouvernement qui a la direction et le contrôle, est là pour protéger et concilier à la fois tous les intérêts; mais le pourra-t-il toujours en parfaite reconnaissance de cause ? Il est permis d'en douter. Suivons donc l'exemple de la Belgique pour organiser le plus tôt possible chez nous l'assistance médicale gratuite, mais gardons-nous d'une loi qui puisse soulever des conflits ou donner prise à l'arbitraire.

— Le mouvement auquel nous applaudissions, dans notre dernier *Bulletin*, concernant l'enseignement clinique libre dans les hôpitaux, vient de s'accentuer et de s'affirmer par l'apparition d'une affiche collective officielle dans laquelle l'administration de l'Assistance publique fait connaître, pour chaque hôpital, les noms des professeurs, l'objet et les heures des leçons. Cette affiche ne comprend pas moins de 76 cours. Comme elle démontre, pour les étrangers et pour nos nationaux, la richesse des ressources cliniques que possède Paris, nous croyons, malgré le peu d'espace qui nous reste, devoir la reproduire plus loin. Nous ajouterons que ces ressources ne peuvent que s'accroître rapidement par une meilleure entente entre les professeurs de chaque hôpital pour le programme et les heures de leurs cours respectifs, par la participation d'un plus grand nombre d'entre eux à l'enseignement clinique libre, par l'appui effectif et les subventions que cet enseignement doit recevoir de l'administration et du Conseil municipal (nomination d'assistants, création de laboratoires, etc.).

On connaît la proposition de M. Vaillant au Conseil municipal : 1° ouverture des services médicaux et chirurgicaux des hôpitaux à l'enseignement clinique, au fur et à mesure de l'institution, dans ces hôpitaux, de laboratoires nécessaires et suffisants; 2° création, dans chaque arrondissement, d'un dispensaire, avec amphithéâtres et laboratoires, pour le service et l'enseignement de la policlinique.

Cette proposition est plus large et comptera, sans aucun doute, plus de suffrages que celle que M. Peyron a soumise au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, et d'après laquelle on limiterait à un seul hôpital les libéralités du Conseil municipal. Ces libéralités, dans l'intérêt des élèves répandus dans tous les services hospitaliers, comme pour entretenir l'émulation chez tous les professeurs, doivent être équitablement réparties entre tous ceux qui se dévouent à l'enseignement clinique libre.

Dr F. DE RANSE.

NOUVELLES

Académie de médecine.

Prix decernés en 1891.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1.000 francs. Question : de la part de l'air dans la transmission de la fièvre typhoïde. 1° 500 francs à M. le

Dr Icard (de Béziers) : 2° 250 francs à M. le Dr Delahousse (de Limoges); 3° 250 francs à M le Dr Albert Boucher (Verdun).

PRIX ALVARENGA. — 800 francs, 1° M. le Dr Frédéric Bateman (de Norwich), pour son traité : *On aphasia of speech and the location of the Faculty of articulate language*; 2° M. le Dr Félix Legueu (de Paris), pour son ouvrage : Des calculs du rein et de l'uretère au point de vue chirurgical.

Mentions honorables à MM. les Drs Olocq (de Paris) : affection caractérisée par de l'astasie et de l'abasie; Labit (de Cosne) : Topographie médicale et anthropologique du département de la Nièvre, Legrain (de Paris) : Hérédité et alcoolisme; — De l'alcoolisme dans ses rapports avec l'hérédité descendante.

PRIX BARBIER. — 2.500 francs. (Pas de prix). Encouragement : 1° 500 francs à M. le Dr Toinot (de Paris) : Enquête sur les foyers de la fièvre typhoïde en France.

PRIX HENRI BUIGNET. — 1.500 francs. — L'Académie décerne le prix à M. Patein (de Paris), pharmacien en chef de l'hôpital Lariboisière, pour ses ouvrages sur l'albuminurie consécutive aux inhalations chloroformiques; — Sur une cause d'erreur dans la recherche et le dosage de l'albumine.

PRIX CAPURON. — 1.000 francs ; De l'action des eaux salines sur les fibromes utérins. Mention honorable à M. le Dr Versepuy (de Saint-Nectaire).

PRIX CIVRIEUX. — 900 fr. — Question : Des rémissions dans la paralysie générale des aliénés. — Partagé entre MM. L. Camuset, médecin-directeur de l'asile de Bonneval, et Vallon, médecin en chef à l'asile de Villejuif (Seine). Mention honorable à M. Bernard, médecin à la Ruche (Ille-et-Vilaine).

PRIX DAUDET. — 1.000 francs. — Question : Du traitement chirurgical du goitre et de ses conséquences immédiates ou éloignées. Encouragements de : 1° 500 francs à M. le Dr J. Berry, chirurgien au Royal Free Hospital (London); 2° 500 francs à M. le Dr Léon Gallez (de Belgique).

PRIX DESPORTES. — 1.300 francs. A M. le Dr Brocq (de Paris), pour son Traité des maladies de la peau. Mention honorable à M. le Dr Burlureaux, professeur au Val-de-Grâce, pour son travail sur le traitement des tuberculeux par la créosote à haute dose en injections sous-cutanées.

CONCOURS VULFRANC GERDY. — L'Académie a versé, en 1891, 2.000 francs à M. Gresset (rapport sur les eaux de Salins (Jura), en 1890, et mission, en 1891, à Contrexéville); 2.000 francs à M. Gauly (rapport sur les eaux de Bagnères-de-Bigorre, en 1890, et mission en 1891, à Martigny-les-Bains); 3.500 francs à M. Cathelineau (rapport sur les eaux de Saint-Nectaire, en 1890, et ses missions en 1891 à Salies-de-Béarn) ; 3.000 francs à M. Matton, pour ses missions en 1891, à Maizières (Côte-d'Or) et à Dax (Landes).

PRIX ERNEST GODARD. — 1.000 francs. — Partagé entre MM. Kirmisson (de Paris), pour ses leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur, Félizet (de Paris), pour son ouvrage sur la cure radicale des hernies particulièrement chez les enfants, et M. Ch. Répin, interne des hôpitaux de Paris : Origine pathogénétique des kystes dermoïdes de l'ovaire.

PRIX DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — 1.000 francs. — Question : Déterminer quels sont, dans l'allaitement artificiel des enfants du premier âge, la valeur et les effets, soit du lait cru et tiédi au bain-marie, soit du lait bouilli. — Partagé entre M. le Dr Henry Drouet (de Paris), et M. le Dr Séverin Icard (de Marseille).

Mention honorable à M. le Dr Emile Thomas (de Genève).

PRIX ITARD. — 2.700 francs. — 2.000 francs à M. le Dr Duroziez (de Paris), pour son traité clinique des maladies du cœur; et des encouragements de 350 francs à MM. les Drs Gouguenheim et Paul Tissier (de Paris), pour leur ouvrage sur la phtisie laryngée, et Duval (de Paris), pour son traité pratique et clinique d'hydrothérapie.

PRIX LABORIE. — 5.000 francs. — Partagé entre MM. les Drs Paul Thiery (de Paris : De la tuberculose chirurgicale, suites immédiates et éloignées de l'intervention, traitement pré et post opératoire ; Delbet (de Paris) : Des suppurations pelviennes chez la femme; Delorme, professeur au Val-de-Grâce, pour ses mémoires sur les types des fractures des diaphyses par les balles. — Et sur la séméiologie générale de ces fractures et sur la séméiologie spéciale de leur groupe et de leurs variétés.

Mentions honorables à MM. Marcel Baudoin (de Paris : Hystéropexie abdominale antérieure et opérations sus-pubiennes dans les rétrodéviations de l'utérus ; René Léon Le Fort, stagiaire au Val-de-Grâce : La topographie cranio-cérébrale ; Applications chirurgicales — et Wickham (de Paris) : Contribution à l'étude des psorospermoses cutanées et de certaines formes de cancer (maladie de la peau dite maladie de Paget).

PRIX LAVAL. — 1.000. A M. Martin Durr interne des hôpitaux de Paris.

PRIX MEYNOT. — 2.600 francs. — 1.600 francs à M. le Dr Nicati (de Marseille) : La glande de l'humeur aqueuse ; — Récompenses de 500 francs à MM les Drs Valude (de Paris) : Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose oculaire; et Georges Martin (de Bordeaux) : De l'amblyopie des astigmates.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1.500 francs. A M. le Dr Fernand Lagrange (de Limoges) : La gymnastique suédoise étudiée à Stockholm.

PRIX NATIVELLE. — 300 francs. A M. Houdas, préparateur de chimie à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris : Contribution à l'histoire chimique de la digitale.

PRIX PORTAL. — 800 francs. — Question : Anatomie pathologique des érysipèles. A M. Achalme, interne des hôpitaux de Paris. Mention honorable à M. Critzman, interne des hôpitaux de Paris.

PRIX VERNOIS. — 700 francs. Partagé entre MM. les Drs Eugène Richard, médecin principal de l'armée : Précis d'hygiène appliquée), et Carlier, médecin-major: (Recherches anthropométriques sur la croissance).

SERVICE DES EAUX MINÉRALES

Médaille d'or : M. le Dr Bourgarel (Pierrefonds) (Oise).

Rappel de médaille d'or : M. Lacour-Eymard, pharmacien-major de 1re classe à la direction du service de santé du 4e corps.

Médailles d'argent : MM. les Drs Belugou (La Malou); Chanvet (Royat); Frémont (Vichy); Delastre (Brides-les-Bains); Mabboux (Contrexéville).

Rappel de médailles d'argent : MM. les Drs Challan, médecin principal de 1re classe; Chiais (Evian); Percepied (Mont-Dore); Planche (Balaruc); Rodet (Vittel).

Médailles de bronze : M. Bretet, pharmacien à Vichy; MM. les Drs Cornillon (Vichy); Forestier (Aix-les-Bains); Lassedat (Royat) Morisson (Aix-les-Bains).

SERVICE DES ÉPIDÉMIES.

Médailles d'or : MM. les Drs Chabenat (La Châtre); Fiessinger (Oyonnax).

Rappels de médailles d'or : MM. les Drs Alison (Baccarat); Jacques Bertillon, chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris; Coustan, médecin-major de 1re classe au 122e de ligne (Montpellier) et Dubrulle, médecin-major au 145e de ligne; Gerller (Ferney-Voltaire); Jablonski (Poitiers); Marvaud, médecin principal de 1re classe (Lyon); Teissier (Lyon).

Médailles d'argent : MM. les Drs Balestre, directeur du bureau municipal d'hygiène et de statistique de la Ville de Nice; Catelan, médecin sanitaire de France à Alexandrie (Égypte); Coiffier (au Puy); Courrent (Tuchan); Dubrulle, médecin-major au 116e de ligne et Coustan ; Duvernet (Paris); Henri Favier, médecin-major au 5e régiment de dragons (Compiègne); Fleury, médecin du bureau d'hygiène et de statistique de la ville de Saint-Etienne (Loire) ; Gleize, médecin-major de 2e classe (Tizi-Ouzou); Jenot (Dercy); MM. Louis Masson, inspecteur du service d'assainissement du département de la Seine; Paul Roux, sous-chef de bureau de l'hygiène publique au ministère de l'intérieur.

Rappels de médailles d'argent : MM. les Drs Bompaire, (Millau); Carlier, médecin-major de 2e classe au 74e de ligne; Darolles

(Provins); Frilet, médecin-major à Sousse (Tunisie); Geschwind, médecin-major de 1re classe à Mostaganem; Hébert, (Audierne); Leclercq (Arras); Longet, médecin-major, à Givet; Schoull, médecin-major de 2e classe, à Tunis; Sicard, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Béziers; Thorte, médecin-major à Agen.

Médailles de bronze : MM. les Drs Bidon (Marseille); Butterlin (Baume); Chonnaux-Dubisson (Villers-Bocage); Gerbault, médecin-major de 1re classe au 10e de ligne, à Auxonne; Emile Girat, à Neuvy-Saint-Sépulchre; Larue, médecin-major de 2e classe au 106e de ligne; Albert Lévy, médecin-major à Aumale; Magnant, (Gondrecourt); Marix, médecin-major de 2e classe au 103e de ligne; Maurice Mercier, médecin-major de 2e classe au 90e de ligne; Millet (Noyon); Perronet, (Cherchell); Paul Raymond (Paris); Emile Sudour, médecin-major de 2e classe au 15e de ligne; Thonion (Annecy); Tueffert (Montbéliard); Véron, médecin-major à l'Ecole d'application de Fontainebleau.

Rappels de médailles de bronze : MM. les Drs Delamare, médecin-major de 2e classe au 32e de ligne, à Châtellerault; Robert, médecin-major à Verdun.

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE

Médailles de vermeil : MM. les Drs Bournet (Amplepuis); Capelle (Hermies); Ernest Carle, juge de paix à Nyons (Drôme); Mazade inspecteur départemental des Bouches-du-Rhône à Marseille.

Rappels de médailles de vermeil: M. le Dr Blache (Paris); M. Pierre Fleury, inspecteur départemental (Vannes); MM. les Drs Jenot (Dercy); Picard (Selles-sur-Cher); Regnoul (Villeneuve-la-Guyarde); Séjournet (Revin).

Médailles d'argent: MM. les Drs Biron et Testelin (d'Argenteuil); Coffignon (Marle); Delohel (Noyon); Dumée (Nemours); Grosjean (Montmirail); Gierszynski (Ouarville); Picard (Lagny); Savouré-Bonville, inspecteur départemental à Evreux (Eure), MM. les Drs Toussaint (Argenteuil); Van Merris, médecin en chef des salles militaires de Tours.

Rappels de médailles d'argent : M. le Dr Carassus (Milly); M. Delage, inspecteur des enfants assistés de la Gironde, à Bordeaux; M. le Dr Driard (Moret-sur-Loing); M. Lelimouzin, inspecteur départemental de la Loire-Inférieure à Nantes.

Médailles de bronze; MM. les Drs Brun (Ladon); Czajewski (Orléans); Durand (Saint-Martin-d'Auxigny); M. Edelga, inspecteur départemental du Var, à Draguignan; M. le Dr Gaudeffroy (Vatan), M. Parisot, inspecteur départemental du Doubs, à Besançon; M. Steffe, inspecteur départemental de l'Aube, à Troyes; M. le Dr Surbled (Corheil); M. Tourneur, inspecteur départemental de l'Orne à Alençon.

SERVICE DE LA VACCINE.

1° *Un prix de* 1.500 *francs* à partager également entre MM. les Drs Coiffier (Le Puy); Adrien Schmit, médecin-major au 20e du train des Équipages militaires, à Versailles; Thomas, médecin-major de 1re classe, à l'hôpital militaire de Bordeaux.

2° *Quatre médailles d'or* : MM. les Drs Georges Carlier, médecin-major de 2e classe, au 74e régiment de ligne à Évreux; Dupeyron, médecin-major de 2e classe au 66e de ligne, à Tours; Joseph Guirard, médecin-major de 1re classe, en retraite, à la Villegros; Huguenard, médecin-major au 6e régiment de hussards à Bordeaux.

3° *Cent médailles d'argent* aux vaccinateurs qui se sont distingués soit par leurs travaux sur la vaccine, soit par le grand nombre de leurs vaccinations.

Administration générale de l'Assistance publique à Paris.
(Enseignement médical dans les hôpitaux).

Cours et conférences cliniques par MM. les médecins, chirurgiens et accoucheurs (année 1891-1892.

Hôpital de l'Hôtel-Dieu. — MM. les Drs BUCQUOY. Conférences cliniques au lit des malades, vendredi, 9 heures; maladies du cœur et des vaisseaux, mercredi, 9 heures, salles Saint-Augustin et Sainte-Monique. — DUMONTPALLIER. Gynécologie avec examen des malades, mardi, jeudi, samedi, 9 heures, salle Sainte-Marie. — PROUST, Maladies du larynx, lundi, jeudi, 10 heures; maladies nerveuses, mercredi, 10 heures; clinique au lit des malades, vendredi, salle Sainte-Madeleine. — Ed. LABBÉ. Clinique médicale au lit des malades, mardi, samedi, 9 h. 1/2, salles Saint-Thomas et Saint-Anne. — LANCEREAUX. Médecine générale; clinique au lit des malades, mercredi, vendredi, 8 h. 1/2, salle Saint-Denis. — TILLAUX. Examen technique des malades par les élèves, 9 heures, salles Saint-Côme et Sainte-Marthe.

Hôpital de la Pitié. — MM. les Drs AUCHOUI. Exercices cliniques, lundi, vendredi, samedi, 9 heures, salles Serres et Valleix. Clinique médicale et hydrologie clinique, mercredi, 9 h. 1/2, amphithéâtre n° 3 (à partir de décembre 1891). — Albert ROBIN. Thérapeutique clinique, lundi, samedi, 9 heures, au lit des malades. Chimie pathologique, mercredi, 9 h. 1/2, laboratoire du service. Leçons cliniques, jeudi, 9 h. 1/2. Amphithéâtre n° 3. — POLAILLON. Examen des malades, lundi, mercredi, vendredi, 9 heures, salles. Opérations, mardi, jeudi, samedi, 9 heures. Amphithéâtre du service. — MAYGRIER. Clinique obstétricale, tous les jours, 9 heures, salles. Clinique obstétricale, mercredi, 10 henres, Amphithéâtre n° 3. Exercices manuels et opératoires, lundi, vendredi.

Hôpital de la Charité. — MM. les Drs DESNOS. Clinique médicale: Examen des malades, mardi, mercredi, 9 heures, clinique médicale : Consultation, lndi, 10 heures, salles Laennec et Frère-Côme. — LUYS. Maladies du système nerveux, samedi, 10 heures, Amphithéâtre Velpeau (à partir de décemhre 1891). — DESPRÈS. Chirurgie journalière. Opérations et consultations, lundi, mercredi. — BODIN. Clinique obstétricale, jeudi, 10 h. 1/2, Amphithéâtre Velpeau. Cours théoriques d'accouchement (faits par M. le Dr Bonnaire), lundi, mercredi, vendredi, 10 h. 1/2, samedi, 4 heures 1/2, salle de garde du service d'accouchement.

Hôpital Saint-Antoine. — MM. les Drs LETULLE. Maladies du foie et des reins, samedi, 10 h. 1/2. — MERKLEN. Maladies du cœur et des vaisseaux, mardi, 10 h. 1/2. BRISSAUD. Maladies générales et séméiologie, mercredi, 10 h. 1/2. — BALLET. Maladies du système nerveux, jeudi, 10 h. 1/2. — BLUM. Clinique chirurgicale, lundi, vendredi, 10 h. 1/2, Amphithéâtre (semestre d'hiver, à partir du 7 décembre 1891). — HANOT. Clinique médicale, lundi, 10 h. 1/2. — GINGEOT. Clinique médicale, mercredi, 10 h. 1/2. — TAPRET, clinique médicale, jeudi, 10 h. 1/2. — Le médecin du hureau central chargé du service d'isolement. Clinique médicale, vendredi, 10 h. 1/2. M. le Dr MONOD. Clinique chirurgicale, mardi, samedi, 10 h. 1/2, Amphithéâtre. — Semestre d'été : le sujet des conférences cliniques pendant ce semestre sera ultérieurement indiqué.

Hôpital Necker. — MM. les Drs RIGAL. Conférences cliniques au lit du malade, mercredi, jeudi, 9 h. 1/2, Spéculum, jeudi, 10 h., Salles. — RENDU. Clinique médicale, jeudi, 10 heures, Amphithéâtre de médecine. — BORTELOUP. Visite des malades et opérations, lundi, 9 h. 1/2, Pavillon Nélaton (semestre d'hiver). Conférences sur les voies urinaires et opérations, dimanche, 9 h. 1/2. Pavillon Nélaton (semestre d'été).

Hôpital Cochin. — MM. les Drs DUJARDIN-BEAUMETZ. Clinique thérapeutique, mercredi, 10 heures, Thérapeutique des maladies des enfants (conférences faites par M. le Dr Le Gendre), jeudi, 10 h. Amphithéâtre du service (service d'été). — SCHWARTZ. Clinique chirurgicale, mardi, vendredi, 10 h. 1/2, Réfectoire des malades, hommes (à partir de décembre). — QUÉNU. Pathologie chirurgicale, tous les jours, 9 h. 1/2, Annexe de la salle Bichat (à partir de décembre).

Hôpital Beaujon. — MM. les Drs Théophile ANGER. Clinique chirurgicale, mercredi, 9 h. 1/2, Amphithéâtre. Leçons cliniques et opérations de gynécologie, lundi, 9 h. 1/2, Pavillon Dolbeau. — RIBEMONT-DESSAIGNES. — Leçons d'accouchement, samedi, 10 h. (Conférences au lit du malade, tous les jours, 9 h. 1/2, Amphithéâtre à partir du 1er février 1892).

Hôpital Lariboisière. — MM. les Drs DOGUET. Clinique médicale,

tous les jours, 9 heures, au lit des malades. — GOUGUENHEIM. Maladies du larynx et du nez (cours clinique), mardi, samedi, 2 heures, Consultations, mardi, jeudi, samedi, 9 heures. Salle d'examen du larynx. — RAYMOND. Maladies nerveuses, samedi, 10 heures, Salle Tronsseau. Examen clinique, tous les jours, an lit des malades. — LANDRIEUX. Clinique médicale. Gynécologie, mercredi, jeudi, au lit des malades. — Paul BERGER. Pathologie chirurgicale, tous les jours, au lit des malades. — PEYROT. Clinique chirurgicale, lundi, jeudi, 9 heures au lit des malades. — Service du Dr PORAK. Cours théoriques et conférences cliniques sur l'obstétrique, tous les jours, 10 h. 1/2, au lit des malades.

Hôpital Tenon. — MM. les Drs DREYFUS-BRISAC. Pathologie clinique, jeudi, 9 h. 1/2, Amphithéâtre des cours. — CUFFER. Conférences de clinique infantile, vendredi, 10 heures. Salle Valleix (crèche). Séméiologie et clinique médicale, samedi, 10 heures, Amphithéâtre des cours (à partir du 12 décembre). MOIZARD. Conférences cliniques, samedi, 9 heures, an lit des malades (visite et interrogatoires tous les jours). — OULMONT. Pathologie clinique. Maladies du système nerveux, mercredi, 9 h. 1/2. Amphithéâtre des cours (à partir du 12 décembre). — FAISANS. Maladies des voies respiratoires, mardi, 9 h. 3/4, Amphithéâtre des cours (à partir du 5 janvier 1892). — FÉLIZET. Chirurgie infantile et orthopédie, mardi, jeudi. Opérations, tous les jours, 10 heures (ne commencera ses conférences qu'ultérieurement). — RICHELOT. Gynécologie et clinique chirurgicales, lundi, 10 heures, amphithéâtre des cours (commencera ses leçons le deuxième lundi après Pâques). — REYNIER. Clinique chirurgicale et gynécologie, vendredi, 10 heures, an lit des malades (à partir du 8 janvier 1892).

Hôpital Laënnec. — MM. les Drs FERRAND. Thérapeutique clinique (Méthode des indications), vendredi, 9 h. 1/2, Amphithéâtre des cours. Clinique élémentaire, mardi, 9 heures, au lit des malades (pendant l'année 1892). — LANDOUZY. Clinique et thérapeutique médicales, mercredi, 9 heures, au lit des malades, jeudi, 10 heures, Amphithéâtre des cours (en 1892). — NICAISE. Clinique chirurgicale, samedi, 10 heures, au lit des malades. Clinique élémentaire, mercredi, 10 heures, dans le service (pendant l'année 1892).

Hôpital Bichat. — M. le Dr HUCHARD. Clinique et thérapeutique générale. Maladies de l'appareil respiratoire, jeudi, dimanche, 9 h. 1/2, au lit des malades et à l'amphithéâtre (le jeudi jusqu'en avril 1892, le dimanche d'avril à août 1892).

Hôpital Broussais. — MM. les Drs BARTH. Séméiotique élémentaire et propédeutique médicale, lundi, mercredi, vendredi, 10 h. (pendant les mois de novembre et décembre). Clinique interne, mercredi, 10 heures, vestibule des salles Gubler et Axenfeld (de février à juillet 1892). — RECLUS. Leçons sur les organes génitaux de l'homme, lundi, 10 heures, Salle d'opérations.

Hôpital Saint-Louis. — MM. les Drs BESNIER. Policlinique, petite chirurgie dermatologique, lupus, acné, etc., mardi, 9 henres, (pendant les mois de décembre 1891, janvier et février 1892). Affections parasitaires, teignes, traitement des affections du cuir chevelu, mercredi, 9 heures. Laboratoire Alibert. Clinique dermatologique et syphiligraphique, dimanche, 10 heures, Salle et Laboratoire Alibert (en mars, avril et mai 1892). — HALLOPEAU. Dermatologie et syphiligraphie, dimanche, 9 heures, Salle des conférences du musée (de décembre 1891 à mars 1892). — QUINQUAUD. Dermatologie et syphiligraphie, lundi, samedi, 10 heures, mercredi, jeudi, vendredi, samedi, 4 heures, Salle Cazenave (à partir du 2 décembre 1891). — TENNESON. Affections du cuir chevelu, lundi, 9 h. Petite chirurgie dermatologique, mardi, 9 heures. Conférences cliniques dermatologiques, jeudi, 9 heures. Gynécologie ressortissant à la dermatologie, samedi, 9 heures, Laboratoire et salle Biett. Cours de dermatologie théorique et pratique, Salle des conférences du musée (à partir du 1er février 1892). — DU CASTEL. Conférences sur la dermatologie, Salle des conférences du musée (à partir du 1er février 1892). — PÉAN. Clinique opératoire, samedi, 9 h. 1/2. Amphithéâtre de chirurgie. — CHAMPIONNIÈRE. Opérations et conférences cliniques, mardi, jeudi, 9 heures, Isolement. Cours et conférences de clinique chirurgicale, Salle des conférences du musée (à partir du 1er janvier 1892). — BAR. Cours sur l'obstétrique, jeudi, 9 heures. Laboratoire du service d'accouchement (à partir du 1er janvier 1892).

Hôpital du Midi. — MM. les Drs MAURIAC. Affections vénériennes, samedi, 9 h. 1/2, Salle du musée (du 1er mai au 1er août 1892). — BALZER. Affections vénériennes, jeudi, 9 h. 1/2, Salles des malades (du 1er mai au 1er août 1892).

Hôpital de Lourcine. — M. le Dr POZZI. Conférences de gynécologie, lundi, 9 h. 1/2, Amphithéâtre du service (en juin 1892).

Hôpital du Midi et de Lourcine. — MM. les Drs J. SAURIAC, BALZER, DE BEURMANN, Alexandre RENAULT, HUMBERT, POZZI. Syphilis et maladies vénériennes, mercredi, 9 h. 1/2, à l'hôpital du Midi, dans les salles ; à l'hôpital de Lourcine, Amphithéâtre de chirurgie (conférences faites en commun par MM. les Médecins et Chirurgiens alternativement dans les deux établissements).

Hôpital des Enfants Malades. — MM. les Drs J. SIMON. Thérapeutique infantile, 9 heures. — DESCROIZILLES. Maladies infantiles, mardi, 9 heures, Salle de la consultation. Maladies infantiles, vendredi, 10 heures, Salle Chaumont ou amphithéâtre. — OLLIVIER. Conférences cliniques, tous les jours, 9 h. 1/2, au lit des malades. Pathologie et clinique infantiles, lundi, 9 h. 1/2, Amphithéâtre. Policlinique des maladies de la peau chez les enfants, mardi. Policlinique des maladies du système nerveux chez les enfants, samedi. — d'HEILLY. Maladies infantiles, symptomatologie, diagnostic, traitement, mardi, 9 heures, Salle Roger ou amphithéâtre (à partir du 1er décembre 1891). — DE SAINT-GERMAIN. Chirurgie infantile et orthopédie, jeudi, 9 heures, Amphithéâtre (dans le courant de l'année 1892).

Hôpital Trousseau. — MM. les Drs LEGROUX. Maladies de l'enfance, mercredi, 3 h. 1/2, salles Bouvier et Archambault. Consultations, mardi, vendredi (jusqu'à janvier 1892). Consultations, lundi, jeudi (à partir du 1er janvier 1892). — SEVESTRE. Maladies de l'enfance, Amphithéâtre de chirurgie ou salles Lugol et Triboulet.

Hospice des Enfants-Assistés. — M. le Dr KIRMISSON. Chirurgie orthopédique : Difformités du membre supérieur, de la tête et du cou, lundi, vendredi, 10 h., couloir du bâtiment central (du 15 avril au 15 juillet 1892).

Hospice de la Salpêtrière. — MM. les Drs JOFFROY et J. VOISIN. Maladies nerveuses et mentales, jeudi, 9 1/2, Salle de consultation à l'infirmerie générale (de décembre 1891 à avril 1892). — A. VOISIN. Maladies mentales et nerveuses, dimanche, 9 h. 1/2, Salle de réunion à la section Rambuteau (en mai 1892). — SEGLAS. Séméiologie et diagnostic des maladies mentales, jeudi, 10 heures, Parloir de la section Pinel (à partir de janvier 1892). — TERRILLON. Affections chirurgicales de l'abdomen et des organes génitaux de la femme, mercredi, 10 heures, Salle de consultation à l'infirmerie générale (en mai 1892). Cours de gynécologie (faits par M. le Dr Chaput) mercredi, samedi, Salle de consultation à l'infirmerie générale (en février et mars 1892).

Nécrologie. — Nous avons le chagrin d'apprendre la mort de M. le docteur S. Deheune, à l'âge de 71 ans, à Bourbourg (Nord). Il y exerçait la médecine depuis 1846. Il était médecin en chef de l'hôpital-hospice cantonal, médecin du chemin de fer, de la gendarmerie, etc. Nous adressons à notre confrère Dehenne, son fils, l'expression de nos regrets les plus sympathiques.

Hôpitaux de Paris.

Le concours du prix de l'internat (médecine) est terminé. La *médaille d'or* est décernée à M. Thiroloix et la *médaille d'argent* à M. Achalme ; une *mention honorable* a été accordée à M. Pilliet.

Corps de santé militaire. — Par décret en date du 11 décembre 1891 ; M. Canolle (Léon-Émile-Marie), médecin de 1re classe du corps de santé des colonies, a été promu au grade de médecin principal.

— Le *Journal Officiel* du 13 décembre 1891 contient une ins-

truction datée du 10 décembre, pour l'admission à l'École du service de santé militaire en 1892.

— Par décret, en date du 1er décembre 1891, les médecins stagiaires dont les noms suivent ont été nommés au grade de médecin aide-major de 2e classe : MM. Toubert (Joseph-Henri-Raimond), Meyer (Eugène-Charles-Emile-Jean), Jacob (Octave-Jean), Vialle (Jacques-Julien), Gasser (Jules-Théophile), Thiebault (Henri-Pierre-Joseph-Alexandre), Cros (Louis-Marius-Isidore-Léon), Steinmetz (Philippe-Marie-Antoine-Célestin), Marotte (Auguste-Charles-Hilaire), Dessirier (Marie-Louis), Giorgi (Ange-Toussaint), Illel (Jean-Marie-Gabriel), Simonot (Pierre-Paul), Regnault Emile-Charles), Mongour (Charles-Hippolyte), Lefort (René Léon), Saulay (Auguste-Octave-Désiré), Mathis (Charles-Edmond), Lehmann (Salomon-Aimé), Aune (Charles-Amédée), Moinet (Georges-Auguste-Paul), Dubiquet (Auguste-Camille), Mouginet (Charles-François-Alphonse), Faure (Louis-François), Lejoune (Henri), Ramally (Louis-Henri), Le Goïc (Victor-Emile), Nicolas (Jacques-Joseph), Menut (Jean-René-Adhémar), Barisien (Georges-Pierre Joseph), Merciole (Maurice-Jean-Marie), Huot (Henri-Auguste), Wavet (Jules-Louis-Ernest), Beaumevieille (Pierre-Camille-Auguste), Tardos (Jean-Emile-Alfred), Ronle (Léonard), Montalti (Henri-Vincent), Solmon (Jules), Roussy (Altfred-Charles), Henault (Joseph-François-Gabriel), Martin (François-Georges), Cordillot (Jean-Ernest-Joseph), Surel (Gustave-Paul) Lescure (Jean-Henri), Jacquet (Ferdinand-Jules-Denis Dominique), Mourier (Henri-Emile-Jacques), Coup Edmond-Marie-Jean-Baptiste), Azam (Jean-Marie-Joseph), Pons (Emile-Eugène), Descorps (Henri-Benoist), Sonrier (Jean-Maurice-Albert), Morigny (Edmond), Marty (Alphonse-Justin-François), Masson (Joseph-Victor-Camille), Rossi (Louis-Marius-Adolphe), Collas (Maurice-Jean-Baptiste), Le Renard (Alfred-René), Marsais (Gaston-Louis), Boullet (Joseph-André).

Muséum d'histoire naturelle. — Un décret en date du 12 décembre 1891 ; porte la réorganisation de cet établissement scientifique.

École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen. — Par arrêté en date du 10 décembre 1891, un concours s'ouvrira le 15 juin 1892, à la dite école, pour l'emploi de chef de travaux anatomiques et physiologiques. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Par arrêté du 11 décembre 1891, le ministre de l'instruction publique a prorogé au 4 janvier 1892 l'ouverture du Concours d'agrégation de médecine, précédemment fixée au 15 décembre 1891.

Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Fêtes de Noël et du jour de l'an.* — A l'occasion des fêtes de Noël et du jour de l'an, les billets d'aller et retour à prix réduits délivrés :

1° Du 19 au 25 décembre 1891 seront tous indistinctement valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 28 ;

2° Du 26 décembre au 3 janvier 1892 seront tous indistinctement valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 5 janvier.

Chaque période de validité fixée ci-dessus pourra de plus être prolongée à deux reprises et de moitié (les fractions de jour comptant pour un jour), moyennant le paiement pour chaque prolongation d'un supplément égal à 10 0/0 du prix des billets.

Bien entendu, les billets d'aller et retour conserveront la durée de validité qui leur est attribuée par le tarif spécial (G.V.), n° 1 lorsqu'elle sera supérieure à celles fixées ci-dessus.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. DE RANSE.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame — *Téléphone.*

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS

COMITÉ DE RÉDACTION :

Rédacteur en chef : M. le Dr F. DE RANSE

Membres : MM. les Drs **POLAILLON, S. POZZI, E. RICKLIN, ALBERT ROBIN, J. ARNOULD** (de Lille), **P. FABRE** (de Commentry), **PITRES** (de Bordeaux), **RENAUT** (de Lyon).

Bureaux d'abonnement : Librairie O. DOIN, place de l'Odéon, 8. — Direction et Rédaction : 53, Av. Montaigne (Rond-point des Champs-Élysées.

Paris, le 24 décembre 1891.

Les lecteurs de la Gazette médicale *ont appris, par un avis inséré dans le dernier numéro du* Journal des Sociétés scientifiques, *la transformation de ce journal qui, à partir du 1er janvier prochain, sera remplacé par la* Revue générale de médecine, de chirurgie et d'obstétrique. *Ils connaissent le programme de la nouvelle* Revue, *qui s'est proposé le triple but « de tenir plus complètement le lecteur au courant du mouvement scientifique et des progrès de la pratique, de l'intéresser davantage par un groupement méthodique des matériaux analysés, enfin de lui rendre les recherches plus faciles ».*

Mais, pour assurer le progrès scientifique, il ne suffit pas de répandre les notions et les faits, il faut encore les soumettre à un contrôle sévère et encourager d'autre part l'esprit d'initiative. L'œuvre essentiellement analytique de la Revue générale *a donc besoin d'un complément, et elle le trouve dans le programme de la* Gazette médicale. *Celle-ci, en effet, ouvrira largement ses colonnes aux recherches originales et, dans des Revues critiques générales ou spéciales, cherchera à exercer le contrôle dont il vient d'être parlé. Elle réservera aussi une bonne place aux études d'histoire et de littérature médicales, dont les médecins instruits ne sauraient se désintéresser. Enfin elle accordera toujours un soin particulier à l'examen des questions qui touchent à l'honneur et aux intérêts de la profession.*

On voit comment les deux journaux, tout en conservant leur physionomie propre et leur autonomie, se complètent l'un l'autre. Ayant le même format, ils pourront, à la fin de l'année, être réunis en un même volume. Nous nous garderons d'insister sur les avantages scientifiques et matériels que présente cette combinaison.

CLINIQUE CHIRURGICALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PHLEGMONS ILIAQUES SOUS-PÉRIOSTÉS. — OSTÉOMYÉLITE AIGUË CONSÉCUTIVE A UNE FRACTURE MULTIPLE DE L'OS COXAL DROIT.

Par M. MICHEL-DANSAC

Interne à la Pitié.

L'histoire clinique et anatomo-pathologique des phlegmons iliaques sous-périostés est encore incomplète aujourd'hui. Nous venons d'observer un cas d'ostéomyélite aiguë consécutive à une fracture du bassin chez une malade du service de notre maître, M. Polaillon, à l'hôpital de la Pitié.

FEUILLETON

UNE MISSION EN ESPAGNE EN 1891

(*Suite*) (1)

§ 4. — *Asiles d'aliénés.*

I

Une classe intéressante à laquelle chaque pays doit aide et protection, ce sont les fous.

La loi de 1849 exige que l'État ait des asiles d'aliénés; mais jusqu'ici il n'a que celui de Leganès, à quelques kilomètres de Madrid, entouré de petites maisons dans lesquelles des médecins soignent quelques pensionnaires (2).

L'État a été, jusqu'ici, empêché de créer d'autres établissements de ce genre; il propose cependant la création d'un nouvel asile où l'on réunirait les fous de Ciempozuelos (Madrid) et Bandillo de Llobregat (Barcelone); mais, en attendant, il autorise (décret de 1887 présenté par M. Leon y Castillo) les provinces à créer des asiles et même à s'associer à d'autres à cette intention, sauf à entretenir lui, État, ces établissements. La loi de 1849 confirmée par d'autres avait indiqué comme sièges des premiers asiles à créer Madrid, Barcelone, Saragosse, Valladolid et la Corogne; ces villes ont été autorisées à vendre des biens hospitaliers pour remplir le vœu de la loi.

Le règlement du 14 mai 1852, un décret du 19 avril 1887, sont venus, comme je l'ai dit, corroborer la loi de 1849. Mais l'État recule encore le moment où il entretiendra les asiles provinciaux. Or l'entretien des aliénés par la province de Madrid, qui n'était que de 52.838 fr. dans l'exercice de 1878-79 est monté à 164.000 fr. dans celui de 1888-89 et atteindra 200.000 francs pour l'exercice de 1890-91, bien que depuis longtemps cette province renvoie dans leur pays d'origine les aliénés qui prennent leur maladie à Madrid. Le seul hôpital qui soit en construction aujourd'hui, et sera terminé dans deux ans, est celui de Pampelune dû à la générosité posthume de M. Daoix.

(1) Voir les numéros 46, 47, 48, 49, 51.

(2) J'ai visité l'une d'elles, la Casa de Salud de Santa Rosa. Les pensionnaires y paient 7 francs 50 et 5 francs par jour suivant la classe.

Comme on le verra par cette observation et les réflexions qui la suivent, le diagnostic ferme en pareil cas est loin d'être facile. On pourra voir en même temps que la fracture était double mais ce n'est pas la double verticale communément décrite dans les traités classiques. Les traits de fracture, le diastasis de l'articulation sacro-iliaque du côté droit, l'absence totale de lésions du côté gauche donnent un intérêt tout particulier à notre cas.

La nommée Nogent V..., femme G..., entre dans le service de M. Polaillon, le 18 septembre 1891. Il y a deux jours, dans un accès de manie, elle s'est jetée par la fenêtre d'un deuxième étage. Chute sur le flanc droit, perte de connaissance; impotence fonctionnelle complète du membre inférieur droit. Douleurs très vives dans l'hypochondre et la cavité pelvienne du côté droit, exagérées dans tous les mouvements spontanés ou provoqués du tronc.

L'examen de la malade donne les résultats suivants :

Décubitus dorsal, cuisse légèrement fléchie sur le bassin du côté droit, jambe fléchie avec léger degré de rotation en dehors.

Douleurs très vives par la pression sur la cuisse principalement au niveau du grand trochanter et de la racine du membre. Impossibilité de faire exécuter n'importe quel mouvement par suite des douleurs. Pas de déformation, pas de gonflement.

La douleur est également très vive dans la région fessière, et au niveau de la symphyse sacro-iliaque. On peut également la réveiller avec ces mêmes caractères par la pression ou la percussion sur la crête iliaque.

A 3 centimètres en arrière de l'épine iliaque antérieure et supérieure, il existe un point extrêmement douloureux à la pression, mobilité anormale de l'os iliaque droit dont l'épine iliaque antérieure et supérieure se rapproche de la ligne médiane, quand on saisit à pleines mains les os iliaques droits et gauches, pour leur imprimer un mouvement de translation.

Tous les mouvements de flexion et d'extention du tronc sont abolis. L'élévation du bras droit détermine une douleur localisée à la crête iliaque. L'abaissement volontaire du bras la rend encore plus vive.

Exagération de la douleur par les mouvements respiratoires, principalement à l'expiration.

Léger degré de météorisme. Pas de rétention d'urine. Constipation.

Le toucher rectal permet de constater un empâtement douloureux à droite et en arrière. La pression exercée par le doigt à ce niveau est très douloureuse, ainsi que sur le sacrum.

Au toucher vaginal, on trouve un point très douloureux, surtout à droite de la ligne médiane, immédiatement en arrière du pubis A droite, on sent un empâtement manifeste du cul-de-sac latéral droit, s'étendant à presque toute la paroi latérale du vagin.

En combinant le toucher vaginal à la pression extérieure, la main étant appliquée dans la fosse iliaque externe, on perçoit un léger degré de crépitation et une mobilité anormale de la ceinture pelvienne osseuse.

Température, 38°,8. — Pouls, 130.

Agitation, insomnie, paroles incohérentes. *Délire systématisé.* Idées de persécution, qui reviennent au milieu des réponses vagues de la malade.

Traitement. — Immobilisation dans la gouttière Bonnet. Todd. Sulfate de quinine, 1 gramme.

Le soir, à la contre-visite, la malade est encore plus agitée. Son délire s'est accentué. Elle a causé toute la journée avec des personnes invisibles, dont elle redoute les poursuites. La température atteint 41°. Le facies est animé, les pupilles dilatées et inégales, les pommettes rouges. Le pouls est de 140 pulsations, irrégulier dans son rythme et son intensité. Les battements du cœur sont irréguliers, les bruits claqués. Pas de souffle à la région précordiale. Souffles vasculaires, systoliques, intenses, à la région carotidienne. Chaleur insolite et mordicante de la peau. Céphalalgie. Etat général grave, qui domine les symptômes locaux. Hypéresthésie généralisée au contact et à la douleur. Pas de douleurs spontanées. L'examen local ne peut être pratiqué, tant il est douloureux.

Urines rares et rougeâtres.

Traitement :

Sulfate de quinine...	1 gr. 50
Teinte de digitale....	XV gouttes
Chloral...	4 grammes

dans une potion alcoolisée.

Le lendemain, 40°. La courbe de température, le délire, la rapidité et l'irrégularité du pouls, tout fait penser à une complication de nature infectieuse.

L'examen du cœur reste négatif. L'abdomen est météorisé, douloureux dans toute son étendue. Mais cette hypéresthésie offre les mêmes caractères dans toutes les autres régions. Pas de douleur à la pression cæcale. Pas de diarrhée. Pas de taches rosées.

Même état d'agitation.

Le toucher vaginal et rectal montre un empâtement plus prononcé dans les points précités. L'examen en est très difficile, la douleur étant excessive. Au niveau et un peu au-dessus de l'arcade crurale du côté droit, le palper est plus douloureux qu'au jour de l'entrée de la malade.

Même traitement.

La première statistique complète que je trouve sur les aliénés en Espagne date de 1848. Il y avait alors 66 établissements, dont 4 spéciaux, 32 hôpitaux provinciaux, avec département réservé aux fous, deux maisons dites *inclusas* (femmes en couches), 14 prisons, 2 bateaux-prisons, 1 présidio (bagne), un couvent de nonnes; et dans ces établissements, 1 626 fous, dont 1.475 aux frais de la charité publique, et 151 aux frais de leurs familles. 5.661 étaient gardés chez eux, soit 1 pour 1.667 habitants avec la proportion de 5 femmes pour 6 hommes.

La loi de 1849 arrive, puis celle du 1er avril 1860, établissant davantage encore la nécessité de créer six asiles d'Etat. On crée Bientôt, dans la province de Madrid, l'asile de Ciempozuelos (hermanos de San Juan de Dios), on en fonde deux à Barcelone, puis quelques autres, et la statistique de 1879 à 1880 porte une population de 3.790 aliénés (dont 17 étrangers) dans les asiles existants; 197 sont à l'asile national de Leganès, 2.047 dans les 10 asiles provinciaux spéciaux, 64 dans les départements réservés aux fous dans 8 hôpitaux provinciaux, 935 dans les asiles privés; on n'a pas fait l'état de ceux soignés chez eux.

La population d'aliénés soignée dans les asiles a donc augmenté en trente ans, de 2.164.

Il y a actuellement 26 asiles d'aliénés en Espagne.

II

L'asile des aliénés d'Ysabel dont je viens de parler, placé à Leganès. à une dizaine de kilomètres de Madrid, dans une situation pittoresque et salubre, est un grand établissement non encore achevé, et dont la partie consacrée aux femmes est seule neuve. Mais on travaille à transformer en pavillons convenables les cabanons dans lesquels sont actuellement les fous hommes. Deux médecins habitent l'établissement. Le médecin directeur, M. Ignacio del Mazo, m'en a fait les honneurs avec une exquise obligeance, et m'a mis au courant du régime intérieur, au double point de vue matériel et moral. Le service de l'alimentation m'a paru tout particulièrement bien réglé. Dans l'une des vastes cours de l'établissement, je me suis entretenu avec Galeote, le prêtre qui a assassiné un évêque de Madrid, il y a quelques années, et dont la folie a été l'objet de tant de discussions; il est le seul à la

Le soir, même état. Température toujours élevée à légère rémission matinale.

Rien à l'auscultation des poumons.

Les urines, toujours rares, contiennent un peu d'albumine.

Soif vive. Anorexie absolue.

Céphalalgie lancinante.

21 septembre. L'état général s'est aggravé. La malade ne répond qu'indifféremment aux questions posées. Le facies prend un aspect typhique. La température qui, hier matin, était redescendue à 38°, est subitement remontée et le soir atteint 40°,5.

A l'agitation succède une adynamie complète. La prostration est interrompue par des paroles inintelligibles. La miction est douloureuse. Un peu de diarrhée.

Le 23. — Mictions et selles involontaires. La courbe de température est celle d'une fièvre typhoïde. Rien au cœur, ni au poumon. En lavant la malade on remarque que la pression la plus légère sur la grande lèvre droite est plus douloureuse que de coutume. Cette dernière paraît enflammée légèrement œdématiée.

Le 25. L'adynamie et la prostration ont augmenté. Pouls 140, filiforme, irrégulier, intermittent.

Nez pincé, facies grippé, terreux, pupilles dilatées, langue sèche couverte d'un enduit noirâtre, haleine fétide.

Le 26. La malade est dans le coma, les lèvres sont fuligineuses. La bouche entr'ouverte et sèche. La respiration est régulière et accélérée. Mort le lendemain à 1 heure du matin, T., 41°.

Autopsie quarante-huit heures après la mort. — Rien de particulier à l'examen extérieur. Contusion sur le flanc droit et près de la crête iliaque s'étendant jusqu'à l'hypochondre. Pas d'épanchement sanguin.

La mobilité de l'os iliaque est bien nette et facile à constater; par la pression sur la branche ascendante du pubis on sent cette portion fuir sous la main en déterminant une crépitation perçue par le doigt comme par l'oreille, même à distance.

De même sur la fosse iliaque externe, on déplace de dehors en dedans l'os iliaque. En arrière, la symphyse sacro-iliaque est comme disloquée et, en appliquant la main ou l'extrémité pulpaire des cinq doigts à ce niveau, pendant qu'on fait exécuter les mouvements anormaux déjà décrits, on sent parfaitement les surfaces articulaires glisser l'une sur l'autre, ou s'éloigner l'une de l'autre.

La grande lèvre droite est le siège d'une tuméfaction. La palpation donne une sensation fluctuante avec réductibilité légère du contenu. Par le toucher vaginal, on a également une sensation nette de fluctuation sur la paroi antéro-latérale du vagin. Cette paroi doit être déprimée assez fortement par le doigt, pour sentir la fluctuation, marquée par l'empâtement anormal des tissus sous-muqueux.

Ces constatations faites, on procède à l'ouverture du corps :

Météorisme. L'épiploon, la face pariétale du péritoine, le mésentère, tous les organes pelviens offrent dans leur ensemble une teinte noirâtre.

Pas d'ascite.

La vessie est distendue par une petite quantité d'urine.

Foie, amyloïde a un léger degré.

Reins, congestionnés.

Rate, normale dans son volume, mais très friable.

Ganglions lombaires et mésentériques tuméfiés.

Rien à l'intestin, jusqu'au rectum qui est coupé au niveau du détroit supérieur.

Congestion à la base des poumons.

Cœur normal.

Le cerveau est congestionné. Rien de particulier sur les coupes classiques et à l'examen des centres.

Examen de la fosse iliaque et du petit bassin. Les organes pelviens *in situ* — ont leurs rapports normaux. Les ligaments larges n'offrent rien de particulier sinon leur coloration noirâtre.

On injecte un liquide dans la vessie. Pas de *rupture des voies urinaires*.

Malgré leur mobilité anormale, les fragments osseux ont conservé leurs rapports et n'atteignent par les organes pelviens. Ils en restent séparés, au contraire, par un tissu empâté, offrant une sensation de fluctuation principalement entre le ligament large droit et la face postérieure du pubis et du tron obturateur.

Le muscle psoas iliaque est friable et se laisse déchiqueter par le doigt. On remarque, les viscères étant enlevés, que l'os coxal est divisé en deux parties. Le trait de fracture est masqué par les masses musculaires. La symphyse sacro-iliaque est rompue dans toute sa partie antérieure; les surfaces articulaires coxales et sacrées se laissent écarter par une simple pression sur la fosse iliaque interne ou sur la crête iliaque.

— En incisant le psoas iliaque profondément, on fait jaillir un flot de pus jaune verdâtre crémeux et bien lié. Le muscle se laisse soulever, et on voit un phlegmon profond sous-périosté s'étendant sous l'aponévrose profonde en communication avec le trait de fracture du bassin.

Cette nappe purulente occupe la face interne de la fosse iliaque, sous-jacente aux couches musculaires et aponévrotiques décollant les insertions du muscle iliaque, du releveur de l'anus, de l'obturateur interne, s'étendant en avant jusqu'à la symphyse pubienne.

---

nier aujourd'hui, et il s'est efforcé de m'expliquer pourquoi on le faisait passer pour fou.

L'hospice de Leganès a un administrateur, et, de plus, une commission de patronage, comme les autres établissements de bienfaisance; il reçoit des aliénés pauvres, et d'autres payant pension, et il est soumis au règlement général de ce genre d'institutions.

Je vais en donner un aperçu qui ne sera pas inutile au moment où l'on s'occupe en France, de la réforme sur les aliénés.

III

Voici les règles d'admission déterminées par les lois des 12 et 19 mai 1885 :

Il y a deux genres d'admission pour les aliénés, l'admission temporaire (aliénés en observation) et l'admission définitive. Ce n'est que dans les asiles provinciaux qu'on pratique le premier mode.

Pour qu'on admette un aliéné à l'observation, il faut une requête motivée, présentée par le parent le plus proche, appuyée d'un certificat de deux médecins, visé par le Délégué médical (1) du district et par le maire. La requête est remise à la Députation provinciale ou à l'Ayuntamiento, selon la nature de l'établissement. Tous ces renseignements, le médecin de l'asile doit les donner à son tour, à l'un ou l'autre de ces corps électifs. trois heures après l'entrée du malade; celui-ci, d'ailleurs, devra être placé en observation chez lui, s'il peut l'être sans danger pour lui et pour autrui.

La durée de l'observation de l'aliéné sera de trois mois ou de six mois, dans les cas douteux, un certificat rédigé par le médecin de l'asile, et indiquant l'état actuel, sera remis au parent solliciteur, afin qu'il le donne au juge qui fera connaître sa décision dans les vingt-quatre heures.

Pour l'admission définitive d'un aliéné, l'instruction doit être conduite par le juge de première instance, avec pièces justificatives.

La demande doit être faite, comme pour l'entrée en observation, par le parent le plus proche; les parents sont convoqués

(1) Je parlerai plus tard de ce fonctionnaire qui représente la science dans chaque district judiciaire, au nom du gouvernement.

Elle dissèque en les pénétrant, les masses musculaires, ne parvient pas jusqu'aux organes pelviens, mais arrive au niveau de la ligne médiane, longeant le plan osseux jusqu'à la paroi antérolatérale du vagin, et descend dans la grande lèvre à ce niveau.

Il s'agit d'une véritable ostéomyélite aiguë du bassin, d'une infiltration purulente sous-périostée de la face interne du bassin.

Les fragments de l'os iliaque droit se laissent facilement enlever de leurs insertions musculaires et on peut retirer ainsi deux fragments. Le pus sort des trabécules osseuses. Le périoste rouge se décolle par place. Le pus contient de petits séquestres provenant de la fracture autant que de la destruction des trabécules osseuses.

Déposé dans un verre, il se recouvre des gouttelettes huileuses qu'on donne comme un signe caractéristique de l'ostéomyélite.

Les fragments osseux présentent à l'examen les lésions classiques de l'ostéomyélite aiguë.

Les traits de facture sont au nombre de deux. La fracture est complète dans ces deux points.

Le premier trait de fracture part de la crête iliaque dans une direction transversale, de dehors en dedans, perpendiculairement à l'axe du corps; son origine siège à quatre travers de doigts en arrière de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Le second trait de fracture est perpendiculaire au précédent, parallèle à l'axe du corps, passant par l'union des 2/3 externes, avec le tiers interne, du trou obturateur. Les branches horizontales du pubis et ascendante de l'ischion sont complètement brisées et séparées l'une de l'autre. La symphyse pubienne et intacte.

On trouve enfin à la face interne du bassin, sur l'os coxal droit, une fêlure au niveau de la cavité cotyloïde, produite aux dépens de la table interne de l'os seulement.

Cette fêlure part du trou obturateur à la partie moyenne de coté externe, pour remonter obliquement en arrière, en dehors et en haut jusqu'au niveau d'une ligne horizontale et transversale passant par l'épine iliaque antérieure et inférieure. Là, elle se courbe à angle droit, se dirigeant de la ligne innominée au bord antérieur du bassin, qu'elle n'atteint pas. Sa terminaison a lieu à la moitié de l'échancrure fournie par les épines iliaques antérieures, supérieure et inférieure.

Réflexions. — Bien que n'ayant pas l'organisation suffisante et nécessaire pour avoir fait un examen bactériologique complet, nous croyons que les lésions trouvées à l'autopsie, jointes aux phénomènes cliniques à marche typhoïde, observés au lit de la malade, nous permettent d'affirmer l'existence de l'ostéomyélite aiguë. On l'a rarement signalée et décrite au cours d'une fracture du bassin. Son diagnostic peut être même singulièrement compliqué dans ces cas par l'absence de phénomènes extérieurs, comme le gonflement œdémateux et la rougeur phlegmoneuse du côté de la peau.

La douleur locale et l'impotence ne sont d'aucune utilité, appartenant aux signes communs à toutes les fractures.

La prédominance de symptômes généraux et la marche particulière de la température paraissent les seuls signes révélateurs d'une complication d'ordre infectieux.

Le délire de même pouvait être mis sur le compte de la température et de la fièvre. En somme, on pouvait légitimement, au début, attribuer le forte température à la commotion cérébrale avec méningite traumatique, à la fièvre typhoïde, à une endocardite infectiense.

L'absence de signes physiques du côté du cœur, l'état du pouls excluaient après examen, l'existence de l'endocardite. Du côté du poumon, on ne trouvait rien, et la respiration, quoique irrégulière, n'avait aucun caractère de la dypsnée des phlegmons pulmonaires.

Il n'en était pas de même de la fièvre typhoïde et notre cas est un exemple frappant de la difficulté, au moins au début, de différentier l'infection éberthienne, de l'ostéomyélite, en l'absence des signes locaux propres à cette dernière. Nous ferons pourtant remarquer que, dans la dothénientérie, la douleur occupe de préférence trois zones, la région cœcale, le colon transverse au niveau de l'épigastre, enfin la fosse iliaque gauche. La douleur est assez bien localisée en ces points ou du moins y offre des signes un peu spéciaux dans son intensité et ses caractères subjectifs. Chez notre malade, au contraire, la douleur était généralisée, offrant partout les mêmes caractères, et l'hypéresthésie existait sur tout le corps à la pression superficielle comme à la pression profonde.

De plus dans la fièvre typhoïde la rate est le plus souvent augmentée de volume. L'absence de la tuméfaction de la rate comme des ganglions est un fait presque caractéristique de toutes les infections suraiguës à marche rapide, comme dans certaines formes de septicémie puerpérale, la tuberculose miliaire aiguë, etc. — L'absence de tuméfaction de la rate, dans un cas comme le nôtre a, nous le croyons, une valeur non pathognomonique, il est vrai, pour le diagnostic ferme et positif de la nature de l'infection, mais réelle pour le diagnostic différentiel avec la fièvre typhoïde.

Pouvait on penser à une méningite encéphalite traumatique déterminée par une commotion cérébrale? L'élévation de la tem-

---

chez le juge, et, s'ils ne comparaissent pas dans le délai d'un mois, il est passé outre.

Quant aux accusés déclarés fous par le tribunal, ils seront envoyés dans un local spécial des asiles.

En 1886, le ministère paraissait préocupé du soin de maintenir en réclusion les condamnés reconnus aliénés, en les mettant dans des établissements spéciaux, ainsi que les fous qui seraient devenus criminels; on avait alors nommé une commission chargée de faire, dans les trois mois, une loi sur les mesures à prendre à cet égard et sur la construction d'un « asile pénal ». Je ne connais pas la suite donnée à cette affaire.

En ce qui concerne les asiles particuliers, voici ce que dit la loi de 1885 déjà analysée.

La personne qui veut fonder un tel établissement et les propriétaires d'établissements déjà existants, devront demander l'autorisation de la création ou du maintien au gouvernement, et ceux qui se chargent de l'entretien d'aliénés sans avoir d'établissements proprement dits, devront en aviser le gouvernement de la province ou le maire de la ville, dans les vingt-quatre heures de l'entrée du malade; ils restent, d'ailleurs, responsables de la transgression des règlements, et des dommages causés par les aliénés par suite de défaut de surveillance.

L'inspection des asiles d'aliénés de tout genre est faite par les autorités locales et provinciales, le directeur général de la Bienfaisance ou ses délégués.

Les directeurs d'asiles particuliers donnent avis aux autorités de la sortie d'un pensionnaire dans le délai de vingt-quatre heures.

Ceux des maisons spéciales (*casa de curacion*) ne peuvent prendre plus de 4 aliénés, à moins de se soumettre au règlement général; or, il y a quatre ans, le Conseil d'État fut consulté sur le point de savoir si l'on ne pourrait pas se dispenser de l'instruction et de l'autorisation du juge, pour l'entrée des aliénés dans ces maisons particulières, en se bornant à la requête du parent le plus proche et au certificat de deux médecins. Le Conseil repoussa la demande se basant surtout sur ce que l'entrée des riches dans ces maisons faites pour eux devait être entourée d'autant de précautions, au moins, que celle des pauvres dans un asile public.

Dr C. Delvaille.

(A suivre.)

pérature est fréquente dans ces cas. Dans notre service de la salle Broca, nous avons vu nous mêmes le fait chez un homme atteint de fractures multiples de côtes, forte contusion de l'épaule et qui, pendant quelques jours, présenta du subdélirium avec céphalée atroce et élévation de température de 40 à 41°. Quelques révulsifs, des applications de sangsues à la région mastoïdienne jointes à des doses élevés de sulfate de quinine firent cesser les accidents. Mais aux phénomènes morbides analogues à ceux de notre malade de la salle Gerdy, s'ajoutaient un coma, une dépression générale, un pouls lent, un ventre rétracté, symptômes qui contrastent singulièrement avec l'agitation, le pouls rapide, irrégulier et mou, relatés plus haut dans l'observation présente.

Cependant si ce tableau excluait la méningo-encéphalite traumatique, fallait-il rejeter complètement la possibilité de méningite? Nous avons dit dans le courant de l'observation que la malade était atteinte d'un délire systématisé avec une légère tendance aux idées de persécution. Cette forme particulière de délire avait suffi pour ne pas établir un simple rapport symptomatique entre la température et l'intensité du délire. Il est souvent difficile, il est vrai, au début d'un délire avec manifestations fébriles et agitation, de dire s'il s'agit d'une aliénation ou de simples troubles psychiques, passagers dûs à l'hyperthermie ou à la retention des produits toxiques, comme dans certaines formes d'urémie. Mais le délire de l'aliéné, surtout systématisé, n'a rien de commun avec les troubles cérébraux auxquels nous faisons allusion.

Or, l'aliénation mentale reconnue, ne pouvait-on pas se demander, si, comme nous l'avons vu nous mêmes fréquemment dans le service de notre excellent maître M. Deny à l'hospice de Bicêtre, il n'y avait pas chez notre malade une poussée de méningo-encéphalite diffuse survenant chez une aliénée et se traduisant par une augmentation subite des symptômes psychiques et de délire?

Là encore, le pouls, l'état du cœur et des pupilles devaient nous servir de contrôle. Chez ces aliénés au moment de pareilles poussées de méningo-encéphalite, le pouls est le plus souvent ample, parfois vibrant, l'énergie musculaire est considérablement augmentée, les pupilles sont inégales; parfois, à ces moments, on observe la formation d'un othématome. Enfin la température, quoique élevée, ne prend pas une courbe régulièrement typhoïde comme dans les infections qui revêtent cette forme : ostéomyélite, tuberculose aiguë, etc.

Nous ne dirons qu'un mot de la fièvre urineuse avec infiltration d'urine. La chose pouvait sembler possible au début ou à la fin : au début alors qu'on ne pouvait connaître l'exacte quantité d'urine; à la fin par suite du facies amaigri, terreux, la langue fendillée, noire et sèche; symptômes auxquels s'ajoutaient des troubles de miction, rétention ou incontinence. Nous avons vu qu'à l'autopsie les voies urinaires étaient intactes. D'autre part, il n'y avait aucun signe d'infiltration d'urine dans les tissus pelviens.

Il nous a semblé utile de décrire aussi complètement que possible une complication sur laquelle on n'a pas encore longuement insisté dans la description des complications des affections de la ceinture pelvienne.

Notre cas montre une fois de plus combien le diagnostic de l'ostéomyélite venant compliquer une fracture, est difficile, lorsque le siège porte sur des os profonds peu accessibles déjà au palper, au toucher et à la vue, difficulté qu'accroît encore la révélation par le toucher de signes douloureux, et de réaction locale, déterminés par la fracture elle-même :

— Quant à la porte d'entrée des microbes nous croyons qu'elle doit être la voie génitale. Le vagin et la muqueuse utérine contiennent souvent des streptocoques ou des staphylocoques. La propagation peut se faire par les trompes ou par les lymphatiques du ligament large. Nous pensons que c'est surtout cette dernière voie qui a été la cause de l'infection, les microbes pyogènes ayant trouvé un milieu des plus favorables à leur développement : réaction inflammatoire autour de foyers multiples de fracture; débilitation particulière aux nerveux, principalement aux aliénés, chez lesquels la suppuration est si fréquente à la suite du plus petit traumatisme ou de la plus petite solution de continuité de la peau ou des muqueuses.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE

DE L'ÉTAT RÉFRACTAIRE DU SINGE A LA TUBERCULOSE AVIAIRE (1).

Par MM. J. Héricourt et Ch. Richet.

Voici les résultats de deux expériences faites sur le singe, l'une avec le bacille de la tuberculose aviaire, l'autre avec le bacille de la tuberculose humaine.

Le 9 avril dernier, nous injectons, sous la peau de l'abdomen, à deux jeunes singes (*Macacus inuus*) venus d'Algérie, et qui avaient séjourné depuis deux mois au laboratoire, 1 cc. d'une culture de bacille aviaire, âgée de vingt jours, et reconnue très virulente pour le lapin.

Les deux singes pesaient alors; le mâle, 2.180 grammes, et la femelle, 2.230 grammes.

Pendant le mois qui suivit cette inoculation, la santé de ces deux animaux n'a paru nullement altérée. Le 4 mai, le mâle pesait 2.220 grammes, et la femelle 2.280 grammes.

On constatait seulement l'existence, au niveau de l'injection virulente, d'une tumeur fluctuante de la grosseur d'une noix (2).

Les deux animaux sont examinés de nouveau le 10 octobre dernier. Ils sont en parfaite santé. Les abcès ont disparu sans laisser de traces; le poids du mâle est monté à 2.750 grammes, et celui de la femelle à 3.000 grammes.

La conclusion qui se dégage de cette expérience est donc celle-ci, que le singe est réfractaire à la tuberculose aviaire.

Ce même jour, le 10 octobre, ces deux singes reçoivent, toujours sous la peau de l'abdomen, mais en un point éloigné du siège de la première injection, un centimètre cube d'une dilution (dans du bouillon) d'une culture de bacille tuberculeux humain faite sur agar glycériné.

Cette culture était âgée de deux mois, et avait pour origine une culture que nous devions à l'obligeance de M. Metchnikoff, de l'Institut Pasteur.

En même temps, nous inoculons, de la même façon, un autre singe d'une autre espèce (*Cercopithecus mona*) que nous avions dans le laboratoire depuis un an et qui était en parfaite santé. Seulement ce singe, ne pesant que 1.550 grammes, c'est-à-dire environ la moitié du poids des deux précédents,

(1) Communication faite à la Société de Biologie.

(2) Malheureusement les singes sont, en général, si sauvages et si méchants, qu'on ne peut les examiner à loisir tous les jours. Chaque fois qu'on veut les examiner, c'est une véritable bataille, désagréable et dangereuse. C'est ce qui explique les lacunes entre les pesées, faites moins souvent que nous l'aurions désiré.

ne recevait qu'un demi-centimètre cube de la dilution virulente (1).

Le singe témoin est mort le 11 novembre dernier, avec une tuberculose généralisée des plus confluentes. Son foie était littéralement farci de granulations miliaires jaunes; ses poumons, dont les plèvres étaient adhérentes dans toute leur étendue, étaient semés de granulations grises transparentes, et présentaient çà et là des lobules de pneumonie caséeuse. Enfin la paroi abdominale était le siège d'une vaste place ulcéreuse, à fond granuleux, qui en occupait presque toute l'étendue. Dès les premiers jours qui suivirent l'inoculation, l'animal était devenu manifestement malade, et avait cessé de manger.

Les deux autres singes, soumis antérieurement à l'inoculation de bacillose aviaire, sont encore vivants, et ce n'est que dans ces quinze derniers jours qu'ils sont devenus tristes et ont paru maigrir beaucoup. Toutefois, il mangent encore assez bien. Le mâle pèse 2.000 gr. et la femelle 2.300 gr.

L'un et l'autre présentent, sur la paroi abdominale, une plaie ulcéreuse suppurante, peu étendue chez la femelle, mais assez large chez le mâle (2).

Ces animaux survivront-ils? Cela est assez improbable. En tout cas, dès à présent, nous devons constater qu'il y a eu chez eux un retard très notable dans l'évolution de la tuberculose humaine.

Cette protection de la tuberculose humaine par le fait de la tuberculose aviaire préventive (3) est, d'après cette expérience non terminée encore, hypothétique; mais ce qui résulte de notre expérience, c'est la complète innocuité de la tuberculose aviaire sur le singe.

REVUE DE TOXICOLOGIE

(*Suite et fin*) (4).

V. — Un cas d'empoisonnement par la pilocarpine, par le Dr F. Fuhrmann. (*Deutsche Medizinal-Zeitung*, 1891, n° 68, p. 773.)

VI. — Deux cas d'empoisonnement par la noix muscade, par le Dr L.-J. Hammond. (*British medical Journal*, 1891.)

VII. — Tentative de suicide par absorption d'acide oxalique, par le Dr R. Shemann. (*The Lancet*, 24 janvier 1891.)

VIII. — Un cas d'empoisonnement grave par l'hyoscine, par le Dr Adler (*Berliner Klin. Wochenschrifft*, 1891, n° 10, p. 248.)

IX. — Intoxication saturnine par le sucre. (*Medicinische Neuigkeiten*, 1891, n° 34.)

X. — Sur l'aristolocrine, un principe constituant toxique des espèces aristoloches, par le Dr Pohl (*Archiv für experiment. Pathologie und Pharmak*, t. XXIX, fasc. 3 et 4, p. 282, 1891.)

XI. — Contributions a l'action toxique du nitrobenzol, par le Dr A. Huber. (*Virchow's Archiv.*, t. CXXVI, fasc. 2, p. 240, 1891.)

V. — Un officier âgé de 31 ans, affecté d'une maladie d'yeux, était traité par la pilocarpine; on lui injecta deux fois 1 centigramme de cet alcaloïde. Aussitôt sa figure s'injecta; le cou d'abord, puis tout le reste du corps se couvrit de sueur. Deux ou trois minutes après l'injection, le patient se mit à saliver, puis il ressentit une forte oppression précordiale, avec difficulté pour respirer. Il lui semblait que son thorax était plein de liquide. Puis le patient se mit à expectorer un liquide spumeux.

L'oppression précordiale dura encore environ dix minutes. Pendant deux autres heures, le malade continua d'éprouver une sensation de forte constriction au creux épigastrique. Dans l'intervalle étaient survenus du larmoiement, du catarrhe nasal, des crampes d'estomac et des nausées. Le malade vomit à trois reprises; il eut une émission involontaire d'urine. Ses intestins étaient agités par de violents mouvements antipéristaltiques; il avait du ténesme anal. Le regard était fixe, la vue brouillée au point que le malade ne pouvait pas distinguer une personne placée à 20 centimètres de lui. Le pouls était fréquent et petit; le malade était dans un état voisin du collapsus. Sous l'influence des excitants, ces troubles se dissipèrent.

Plus tard, à la suite d'une nouvelle injection de pilocarpine, de la valeur de 1 centigramme seulement, on n'observa, en fait de manifestations insolites, qu'une accélération passagère du pouls.

VI. — En Amérique et en Angleterre, où la noix muscade passe pour avoir des propriétés emménagogues et abortives, les empoisonnements par cette substance sont relativement fréquents. Hammond vient d'en publier deux nouveaux exemples qui concernent des personnes habitant une même maison et qui toutes deux ont absorbé la noix muscade dans le but de se faire avorter. L'une avait absorbé un demi-verre d'eau chaude tenant en suspension la valeur d'une noix et demie pulvérisée. Deux heures plus tard elle éprouva de violentes douleurs d'estomac, puis de la pesanteur de tête et finalement elle perdit complètement connaissance. Cet état comateux se maintint pendant six heures, puis la malade fut prise de vomissements, et douze heures plus tard elle était rétablie. Cette tentative d'avortement ayant échoué, l'autre femme crut devoir absorber la valeur de trois noix muscades. Environ deux heures plus tard, elle éprouva également de violentes douleurs à l'estomac avec nausées, puis au bout d'une nouvelle heure, elle perdit complètement connaissance. Elle était encore dans cet état lorsque M. Hammond l'examina huit heures plus tard.

Le pouls était faible, 100, la respiration était ralentie; T. 37,8. Avec cela exophtalmie, pupilles légèrement dilatées, extrémités froides, ongles et lèvres cyanosés; relâchement des sphincters de la vessie et du rectum.

Le traitement a consisté dans l'administration successive d'un vomitif, de strychnine et de brandy.

VII. — M. Slemann raconte qu'il a été appelé auprès d'un vieillard de 60 ans, qu'il trouva plongé dans un état de grand

(1) Nous mentionnerons à ce propos une autre expérience faite aussi le même jour. Un jeune cochon de deux mois reçut sous la peau cette même culture, le même jour. Il a été sacrifié le 26 novembre, et, à l'autopsie, il n'a présenté aucune lésion. Il n'a pas eu d'abcès sous la peau. On sait que le cochon passe pour réfractaire à la tuberculose humaine.

(2) Aujourd'hui, en revoyant les épreuves, nous devons dire que la femelle va décidément mieux, tandis que le mâle semble bien plus malade. C'est en tous cas, pour les deux singes, une survivance de cinquante-deux jours, tandis que le singe témoin n'a vécu que trente-deux jours.

(3) MM. Grancher et Martin, dans une communication faite au Congrès de la Tuberculose (Voy. *Mercredi médical*, n. 30, juillet 1891, p. 337), admettant que la tuberculose aviaire et la tuberculose humaine ne sont que deux variétés d'une même espèce microbienne, et ayant obtenu certains résultats de vaccination contre la tuberculose aviaire, disent que leurs vaccinations s'appliquent *a fortiori* à la tuberculose humaine. Plus récemment, MM. Courmont et Dor (*Arch. de méd. expérim*), n. 6. p. 746, nov. 1891) ont conféré aux lapins l'immunité contre la tuberculose humaine par différentes inoculations de tuberculose aviaire.

(4) Voir le numéro précédent.

affaissement, en proie à de violentes douleurs. Le pouls (50) était petit, dépressible; la figure pâle, anxieuse; les extrémités froides. L'entourage soupçonnait le malade d'avoir absorbé du poison. Le malade finit par avouer qu'une demi-heure auparavant il avait absorbé la valeur de trois cuillerées à thé d'acide oxalique. M. Hermann put se procurer assez rapidement une peinte d'eau de chaux qu'il fit boire au malade. Aussitôt après celui-ci se mit à vomir du sang, du mucus, et des débris d'aliments. Deux heures plus tard on lui fit absorber une seconde dose d'eau de chaux, et on lui administra de l'opium, pour calmer les douleurs d'estomac, dont il se plaignait. On le mit à une alimentation exclusivement liquide.

Dans la seconde semaine qui suivit la tentative d'empoisonnement, le malade fut repris d'une nouvelle hématémèse, qui céda à l'emploi des astringents et de la glace *intus*. Au bout de quatre semaines le malade était tout à fait hors de danger.

Ainsi que le fait remarquer l'auteur, les empoisonnements par l'acide oxalique sont en somme assez rares, et plus rares encore les tentatives de suicide faites avec ce toxique. Ce qui a rendu le pronostic moins sombre, dans ce cas, c'est que le toxique a été absorbé à un moment où l'estomac contenait des aliments. Quant au reste, le malade a dû son salut à l'administration rapide de l'eau de chaux, car au moment où le médecin est intervenu, il existait une dépression énorme du pouls, qui traduisait un péril éminent.

VIII. — La vogue croissante qu'obtient l'hyoscine dans le traitement de certaines affections mentales donne de l'intérêt à l'exemple d'empoisonnement grave accidentel par l'hyoscine, que publiait récemment un médecin de Breslau, M. Adler.

Le fait concerne un homme attaché à un laboratoire de chimie, et qui, pour boire de l'eau, se servit d'un gobelet au fond duquel se trouvait un dépôt formé par du chlorhydrate d'hyoscine. Au bout d'un quart d'heure cet homme vint en proie au vertige, puis il perdit peu à peu connaissance. Cinq quarts d'heure après l'ingestion du toxique, il a eu des convulsions généralisées. On le transporta à l'hôpital; à son arrivée, il était dans le coma; ses mâchoires étaient serrées convulsivement l'une contre l'autre; par moments la machoire inférieure et les membres étaient agités par des convulsions cloniques. La figure était livide, les pupilles dilatées au maximum. Pouls 145, petit et dépressible.

On fit le lavage de l'estomac, mais on ne trouva pas de traces d'hyoscine dans le liquide évacué. On pratiqua ensuite une injection de morphine de 2 centigrammes. Les convulsions cloniques cessèrent, mais la rigidité des muscles persista jusque vers cinq heures du soir. Injection de pilocarpine, de 1 centigramme. L'effet de cette injection ne commença à se faire sentir que vers trois heures du matin. Le coma avait fait place à un état soporeux, le pouls était devenu plus ou moins fréquent (104). A cinq heures du matin le malade commençait à répondre aux questions qu'on lui adressait. Il fut pris de jactation, en raison de quoi on l'endormit légèrement au moyen du chloroforme. Au sortir du sommeil anesthésique se développa un délire gai, puis au bout d'un quart d'heure, le malade s'endormit d'un sommeil calme.

Le lendemain au réveil, le malade se plaignait d'une grande faiblesse; il avait une soif assez vive, sa démarche était incertaine, les pupilles toujours dilatées au maximum; légère paralysie de l'accomodation. L'analyse des urines fit constater la présence de l'hyoscine.

La mydriase persista pendant plusieurs jours. Finalement le malade s'est rétabli.

IX. — Dans une famille de Dresde, on a constaté des symptômes d'une intoxication saturnine extrêmement grave, causée par l'usage du sucre, lequel aliment était cassé par l'épicier sur une plaque de plomb. Cette manière de procéder au cassage du sucre, qui était jadis très employée en Allemagne, avait fait l'objet d'une prohibition légale, édictée dans le courant de l'année 1873.

X. — M. Pohl a extrait des semences de trois espèces d'aristoloche (*Aristolochia clematitis, rotunda* et *longua*), un principe toxique, l'aristolochine, peu soluble dans l'eau froide, un peu plus dans l'eau chaude, très soluble dans l'éther, dans le chloroforme, dans l'acétone, dans le phénol, dans l'anhydride acétique, dans l'acide acétique glacial, dans l'alcool, dans les alcalis, dans les hydrates des métaux alcalins-terreux. D'après les résultats des analyses faites par l'auteur, la formule présumée de ce corps serait : $C^{32}H^{22}Az^{2}O^{13}$.

Les expériences faites sur des lapins ont démontré que pour ces animaux l'aristolochine est un poison violent, dont l'action délétère se manifeste surtout par une nécrose des éléments cellulaires des reins avec production d'infarctus hémorrhagiques. A la dose de 0 gr. 02 par kilogramme de poids corporel, l'aristolochine, administrée par la voie sous-cutanée, tue un lapin en l'espace de deux jours.

Chez le chien, l'empoisonnement par l'aristolochine se traduit par des lésions organiques différentes : les vaisseaux intestinaux se dilatent progresssivement, et par suite, il se produit un abaissement de la pression intra-vasculaire, qui continue jusqu'à la mort des animaux. En même temps, la muqueuse intestinale se parsème d'infarctus hémorrhagiques. Presque jusqu'au dernier moment le centre vaso-moteur et les vaisseaux périphériques conservent leur excitabilité. Le fonctionnement du cœur ne subit pas de modifications appréciables. Dans quelques expériences on a noté également une diathèse hémorrhagique et une dégénérescence graisseuse du foie.

XI. — A l'école polytechnique de Zurich on a observé dans le courant de ces dernières années un certain nombre de cas d'empoisonnement survenus chez des élèves qui étaient occupés à la préparation du dinitrobenzol. A cette occasion M. Huber a entrepris des recherches toxicologiques sur le corps en question.

Voici d'abord l'indication des signes et symptômes observés dans un de ces deux cas d'empoisonnement, admis en traitement dans le service du professeur Eichorst : La première manifestation de l'empoisonnement a été une teinte bleu foncé de la figure; puis céphalalgie et insomnie; accélération du pouls (124); soif assez vive.

Le lendemain la teinte bleue était moins accusée, le pouls plus lent (104). L'examen spectroscopique du sang n'a révélé rien d'anormal, le nombre des globules rouges était normal. Pas de glycosurie, pas d'albuminurie, les pupilles réagissaient bien. Pas d'anomalie du fond de l'œil.

Le surlendemain, le malade demandait à quitter l'hôpital. Il se sentait rétabli; cependant il conservait encore des traces de la teinte bleue du visage.

Des expériences faites sur des animaux (grenouilles et lapins) ont fait voir que les manifestations les plus saillantes de l'empoisonnement par le dinitrobenzol consistaient dans des altérations du sang, des troubles paralytiques et une dyspnée très violente.

Le sang prend une teinte d'un brun chocolat. Les globules rouges subissent des déformations variées et un grand nombre de ces organites sont détruits. L'examen spectroscopique de

ce sang a révélé la présence d'une raie d'absorption spéciale au dinitrobenzol.

Les troubles paralytiques débutent par une parésie des membres postérieurs, qui dégénère en paralysie des quatre membres.

Les mouvements respiratoires, d'abord accélérés et superficiels, deviennent ensuite profonds, suspirieux et plus lents. A la dernière période de l'empoisonnement, les animaux se redressent sur leurs pattes de derrière et font des efforts pour inhaler de l'air. A cette période la température rectale est sensiblement abaissée. L'urine devient d'un brun plus ou moins foncé. Quelquefois elle présente les modifications qu'on lui trouve dans les cas de néphrite aiguë. Dans une expérience, on a noté de l'hémoglobinurie.

En fait de lésions organiques on a constaté un engorgement de la rate, des cylindres d'hémoglobine dans les tubes contournés des reins, une dégénérescence graisseuse du foie, des hémorrhagies dans la couche sous-muqueuse de l'estomac et de l'intestin.

L'auteur a passé ensuite en revue les travaux antérieurs relatifs à l'empoisonnement par le dinitrobenzol, et il a produit des documents qui démontrent que dans certaines industries, dans les fabriques de roburite par exemple, on se préoccupe de parer à ce genre d'empoisonnement.

E. Ricklin.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Galerie des naturalistes. Histoire des sciences naturelles depuis leur origine jusqu'à nos jours, par J. Pizetta, in-8°, VII-396 p. Paris, 1891, A. Hennuyer.

Voici un bon livre de vulgarisation scientifique et ces livres sont rares; la plupart, écrits par des romanciers, tiennent beaucoup plus du roman que de la science, faussent les idées de ceux qui les lisent et n'ont rien, absolument rien, de scientifique, que des mots, et encore.

L'ouvrage que nous venons de lire, avec un véritable plaisir, est une histoire des sciences naturelles à l'aide de la vie des naturalistes. Il est divisé en trois parties : La première est consacrée aux origines des sciences, à leur évolution primitive dans l'antiquité. C'est, comme le dit l'auteur, une esquisse à grands traits des événements plutôt que des hommes. Cette esquisse est fort bien dessinée, j'ajoute, que dès les premières pages, les personnages qui ont apporté leur empreinte à l'évolution de la science, sont indiqués avec les découvertes et les progrès qui leur sont dus et l'auteur n'a eu garde d'oublier les philosophes, presque tous, en ce temps-là, excellents observateurs de la nature, l'on dirait aujourd'hui : naturalistes.

La seconde partie du livre de M. Pizetta comprend le moyen âge et la renaissance, grande époque, que j'appelle volontiers avec l'auteur, un magnifique épanouisssement et qui n'aura d'égale que notre dix neuvième siècle, époque d'utile et merveilleuse application.

La troisième partie, la plus importante, est consacrée à l'histoire des sciences naturelles dans les temps modernes et tous les savants de cette période défilent sous nos yeux avec leur individualité propre, leur caractère et leurs travaux. La circulation du sang avec Harvey, la fondation du Jardin de plantes avec Guy de la Bresse, la génération spontanée. Voici l'invention du microscope, celle des Académies scientifiques puis Tournefort, Vaillant, Réaumur, Linné, Buffon, les de Jussieu, tous les grands voyageurs, Commerson, Sonnerat, Michaux, de la Billardière, Adanson et ensuite, tous nos anatomistes et nos physiologistes Haller, Camper, Vicq d'Azyr, Blumenbach, Bonnet, Muller etc., enfin, les encyclopédistes et la révolution, les premiers qui rassemblent toutes les conquêtes de la science, la seconde qui détruit non sans violences regrettables les préjugés et les obstacles qui pourraient s'opposer à sa marche toujours ascendante.

Puis arrive le dix-neuvième siècle, l'histoire de notre temps. Les Lamarck, Geoffroy Saint-Hilaire, Cuvier, Dumeril, Valenciennes, de Blainville, Humboldt, de Candolle, Dutrochet, de Jussieu, etc. M. Pizetta a bien fait de ne pas oublier Raspail, et de ne passer sous silence Darwin et le transformisme. La géologie, la paléontologie, l'anthropologie terminent le volume; ce qu'il dit de Milne Edwards, d'Agassiz, de Sars, ce qu'il écrit de Retzius, de Broca, de Serres, de Boucher de Perthes, est parfait. L'histoire de l'anthropologie est bien faite, au moins dans ce livre, et alors qu'elle soit facile à faire, les ouvrages dits de vulgarisation que nous connaissons, l'avaient jusqu'alors offerte au public, d'une façon si puérile, que celle-ci nous donne toute satisfaction.

Il ne faudrait pas s'attendre à trouver dans cet excellent ouvrage une critique des théories scientifiques, l'auteur aurait manqué son but; c'est une exposition historique seulement, mais fort bien faite, très complète, très attrayante. L'intelligent éditeur qui nous offre cet ouvrage l'a orné de magnifiques portraits exécutés d'après des documents authentiques et j'espère bien que le succès qui l'attend le récompensera de ses efforts. C'est un bel et bon livre et, comme dit Montaigne, « *Un bon livre est un bon amy* ».

Dr A. Dureau.

Du traitement de l'orchi-épididymite d'origine uréthrale par les courants continus, par H. Lorin. — Th. Paris.

Des nombreuses complications de la blennorrhagie, la plus fréquente à coup sûr c'est l'épididymite. Sa gravité résulte de la stérilité dont elle frappe presque constamment l'organe atteint, quelle que soit la médication mise en usage.

Le professeur Cras (de Brest) a proposé d'employer contre elle les courants continus et dans son travail M. Lorin cherche à en montrer les bons résultats. En effet tandis que les traitements habituels de l'orchi-épididymite d'origine uréthrale demandent une moyenne de quinze à vingt jours pour la guérison des phénomènes douloureux et inflammatoires, le traitement par les courants continus est notablement plus rapide, outre qu'il favorise la rétrocession de l'organe atteint à son intégrité anatomique et fonctionnelle.

La pile de Gaiffe avec réophores formés par une lame de plomb de la largeur de la main au moins pour le pôle positif et d'une largeur moindre au pôle négatif progressivement assemblée par 12, 14, 16 et 18 couples, est particulièrement preférée.

La peau des bourses et du pli inguinal, préalablement lavée, le malade étant placé dans le décubitus dorsal, l'électrode négative est placée sur le trajet du cordon tandis que la positive s'applique sur le testicule de façon à être en quelque sorte moulé sur lui. Il passe donc le long de l'appareil funiculo-testiculaire un courant ascendant qui, subi pendant un quart d'heure deux fois par jour, ne tardera pas à être doublé. Le traitement se suspend vers le dixième ou le quinzième jour alors que la palpation permet de constater la disparition totale de l'induration épididymaire.

DU TRAITEMENT DE L'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE PAR L'ACONITINE CRISTALLISÉE, par F. BOURBON. — Th., Paris.

L'expérimentation physiologique avait démontré que l'aconitine est indiquée en thérapeutique chaque fois que la douleur est associée à la fluxion et à une élévation de température. De là à l'employer dans le traitement de l'érysipèle de la face où les deux symptômes hyperalgie et fluxion ou congestion sont si manifestement réunis, il n'y avait qu'un pas et il a été fait par M. Tison, médecin de l'hôpital Saint-Joseph.

Au début de la maladie, nous apprend son élève M. Bourbon, on administre un purgatif, un vomitif ou un émété-cathartique, selon l'état gastrique, et suivant le degré d'intensité de l'affection, puis on commence l'administration de l'aconitine à raison d'un quart de milligramme toutes les six heures. On a rarement besoin d'administrer l'aconitine plus de trois jours, ce qui fait 3 milligrammes de substance. Souvent même il est arrivé qu'on l'a supprimée après le deuxième jour.

Sous l'influence de ce traitement, les symptômes généraux s'amendent rapidement, la céphalalgie devient plus supportable; on voit rarement du délire. La durée de la maladie est abrégée et l'état pénible du patient ne dure que trois ou quatre jours.

Il est à présumer, pense l'auteur, que l'aconitine agit ici en enrayant la marche du streptocoque érysipélateux.

CONSIDÉRATIONS SUR LE TRAITEMENT DE L'ANTHRAX, par A. LÉCAILLE. — Th. Paris.

La nature parasitaire de l'anthraco-furonculose justifie pleinement les pansements antiseptiques, les pulvérisations phéniquées et la cautérisation actuelle. Cette dernière, d'une application plus facile et d'une action infiniment plus prompte, est particulièrement recommandée par l'auteur. Elève de M. Quenu il préconise le thermo-cautère et surtout le couteau droit galvano-caustique de son maître pour pratiquer les incisions rayonnées, les ponctions, les transfixions qu'il oppose aux anthrax très douloureux et envahissants, aux anthrax des lèvres, aux anthrax diabétiques.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES DIVERS MODES DE TRAITEMENT DE L'ÉRYSIPÈLE ET PARTICULIÈREMENT DE L'EMPLOI DES PULVÉRISATIONS ÉTHÉRÉES DE SUBLIMÉ, par Z. CAYET. — Th. Paris.

La multiplicité des traitements préconisés contre l'érysipèle, la tendance des médecins à en chercher continuellement de nouveaux, prouve à l'évidence que l'on en n'est pas encore arrivé à trouver un moyen sûr de l'arrêter dans son évolution. Les préparations de fer, la teinture d'iode, le nitrate d'argent, le camphre, le fer rouge, le collodion, les saignées locales, l'iodoforme, le salicylate de soude, l'acide phénique ont donné des résultats variables mais inférieurs, au dire de l'auteur, à ceux que l'on obtient par les pulvérisations éthérées de sublimé. — Celles-ci ont l'avantage de répartir plus uniformément sur les surfaces atteintes la substance active, de la faire pénétrer plus profondément dans les interstices des cellules épidermiques, de laisser en contact de la peau une plus grande quantité du produit pulvérisé que les solutions aqueuses dont un des inconvénients est de mouiller et d'inonder le lit et le malade.

Comme le siége du mal est d'abord dans les couches superficielles de la peau, que le microbe générateur s'étend petit à petit dans ses parties profondes, mais qu'il se trouve aussi en plus grand nombre au niveau du bourrelet et de la zone immédiatement extérieure, il est indiqué d'agir le plus vite possible en faisant porter la pulvérisation un peu en dedans et un peu en dehors des confins de la plaque érysipélateuse.

Si nous nous en rapportons aux observations consignées dans le travail de M. Cayet, observations prises en majeure partie dans le service de son maître, M. Talamon, auteur et promoteur de la méthode, nous voyons que l'érysipèle, arrêté dans sa marche dès la première pulvérisation, ne met pas plus de quatre jours à guérir.

Il paraît que ce mode de traitement, quand on l'a essayé, a toujours donné des résultats favorables. La rapidité de son action et le peu de douleur qu'il produit le rendent absolument remarquable.

CH. AMAT.

BULLETIN

ACADÉMIE DES SCIENCES : SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE. — ACADÉMIE DE MÉDECINE : LA POLITIQUE SANITAIRE, ÉLECTIONS. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE : CAS MORTELS D'EMPOISONNEMENT PAR LA COCAÏNE.

L'Académie des sciences a tenu lundi dernier sa séance publique annuelle sous la présidence de M. Duchartre.

Après un dernier hommage rendu par M. le Président à la mémoire des membres titulaires ou correspondants que l'Académie a perdus dans le courant de l'année, Cahours, Becquerel, Ledieu, Boileau, etc., M. Berthelot a lu une notice historique sur la vie et les travaux d'Henri Milne-Edwards. On a applaudi à la fois au souvenir des services que l'éminent naturaliste a rendus à la science, et au talent de son savant panégyriste. La séance s'est terminée par la proclamation des prix décernés pour 1891. Nous donnons plus loin les noms des lauréats.

— L'Académie de médecine a entendu, avec une faveur marquée, la lecture d'un très intéressant travail de A.-J. Martin sur la *Politique sanitaire*. Le mot est assez heureux pour désigner la part qui revient aux pouvoirs publics dans la direction des mesures propres à sauvegarder la santé publique. De nos jours, en effet, la santé publique et la fortune publique doivent tout au moins marcher de pair, et une bonne hygiène sociale n'importe pas moins que de bonnes finances à une bonne politique.

M. Martin a eu peu de peine à faire ressortir les vices de notre organisation sanitaire actuelle, qui partage les pouvoirs entre l'autorité municipale, l'autorité préfectorale ou départementale et l'État, sans spécifier et assurer les moyens d'exécution des décisions prises d'une part ou de l'autre. Ceci est général et, sous ce rapport, Paris n'est pas mieux partagé que les autres villes de France. Prenons, par exemple, le service de désinfection, l'un des plus importants au point de vue de la prophylaxie des maladies transmissibles. Ce service est partagé entre la Préfecture de Police et la Préfecture de la Seine. Celle-ci a installé trois étuves municipales où, sur la demande des intéressés, les objets contaminés, transportés par des voitures spéciales, sont désinfectés; après la désinfection, les objets sont reportés à domicile, par les soins d'un autre personnel et dans d'autres voitures destinées à cet usage. C'est très bien, mais c'est insuffisant ou inutile, si la désinfection du local n'est pas concurremment pratiquée. Or, le préfet de police a seul pouvoir pour faire exécuter la désinfection à domicile; seulement il n'a pas d'étuves...

Cet exemple suffit pour justifier le desideratum signalé par M. Martin, quand il dit que la cohésion et la simplification des prescriptions légales concernant l'hygiène publique font défaut en France.

Il ajoute que 14 villes ont cherché à remédier à cet état de choses en créant des bureaux municipaux d'hygiène; nous pensons avec lui que de pareils efforts méritent d'être encouragés et, à ce sujet, nous avons vu récemment et signalerons un arrêté, pris par le maire de Grenoble, qui nous semble être un modèle du genre. L'initiative des autorités locales, de même que l'initiative individuelle ou collective, est loin d'avoir pris en France l'essor qu'il convient dans l'intérêt public; on attend toujours trop du pouvoir central.

On sait que le Parlement est saisi de divers projets ou propositions ayant pour but de réformer notre législation sanitaire; nous avons publié, dans l'avant-dernier numéro, le projet déposé par le ministre de l'Intérieur sur le bureau de la Chambre des députés. Ces réformes sont donc imminentes. Le travail de M. Martin montre sur quelles bases elles devront reposer. Outre la simplification des formalités administratives constituant souvent autant d'entraves insurmontables, notre confrère pense qu'une triple condition est indispensable pour assurer un effet utile et durable de l'organisation nouvelle : les progrès de l'hygiène privée, la compétence des autorités chargées de la police sanitaire, et par suite le développement de l'éducation professionnelle des hygiénistes. Multiplier donc partout, en encourageant toutes les initiatives, l'enseignement et l'éducation en matière d'hygiène : tel est le premier point à résoudre et à mettre en pratique. M. Martin prêche d'exemple et, dans l'enseignement dont il est chargé à l'Hôtel-de-Ville, comme dans les conférences pratiques qui complètent ses leçons du jeudi, il a toute l'ardeur d'un apôtre.

—La cocaïne, d'abord employée comme anesthésique local, en simples badigeonnages sur la peau et les muqueuses, a été ensuite injectée dans des cavités closes, comme dans la tunique vaginale, pour le traitement de l'hydrocèle, et dans les tissus sous-cutanés ou sous-muqueux pour d'autres opérations (extraction d'une dent, curettage de l'utérus, opération d'hémorrhoïdes, etc.). Dans ces dernières conditions on a déjà noté, même avec des doses très faibles, des accidents qu'on a hésité à attribuer à une intoxication ou à une sorte d'hystéro-traumatisme chez des sujets prédisposés. Le cas de mort, à la suite d'une injection cocaïnée dans la tunique vaginale, communiqué par M. Berger à la Société de chirurgie et le nombre relativement considérable d'autres cas mortels qui ont été cités ou rappelés à l'occasion du premier, montrent qu'on a affaire le plus souvent à des accidents réellement toxiques et doivent tenir en garde le praticien qui, en substituant l'emploi de l'alcaloïde à la chloroformisation, quand c'est possible, croirait se mettre à l'abri de tout danger. Ils montrent aussi qu'on ne doit pas plus laisser la cocaïne que les autres anesthésiques, entre les mains de personnes non pourvues du diplôme de docteur.

Dr F. DE RANSE.

NECROLOGIE

M. Moutard-Martin.

Nous apprenons la mort du Dr Moutard-Martin, décédé subitement, avant-hier, à Paris. Né dans cette ville, le 18 janvier 1821, interne des hôpitaux de la promotion de 1842, docteur en médecine en 1846, chef de clinique en 1848, médecin du bureau central en 1842, il avait pris sa retraite à l'Hôtel-Dieu en 1887. M. Moutard-Martin, qui était un praticien distingué et d'une parfaite honorabilité, avait été élu vice-président de l'Académie de médecine en 1889 et il a présidé la compagnie en 1890. Il était allié à la famille Caventou.

Dr D

NOUVELLES

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance annuelle du 21 déc. 1891. — Présidence de M. DUCHARTRE.

Prix décerné pour 1891

MÉDECINE ET CHIRURGIE

Prix Montyon. — M. DASTRE, pour un « Traité de l'anesthésie ». — M. DUROZIEZ, pour un « Traité clinique des maladies du cœur ». — M. LANNELONGUE, pour l'ensemble de son œuvre scientifique, et, plus spécialement, pour son grand ouvrage sur « les affections congénitales ».

Mentions. — MM. SANCHEZ-TOLEDO et VEILLON, pour leurs « Recherches expérimentales sur le tétanos ». — M. SOULIER, pour son « Traité de thérapeutique et de pharmacologie ». — M. ZAMBACO, pour son volume intitulé : « Voyage chez les lépreux. »

Citations. — MM. ARTHAUD et BUTTE, pour leur étude de « physiologie et de pathologie sur le nerf pneumo-gastrique. — M. BATEMANN, pour son livre intitulé : On aphasia and the localisation of the facultaty of speech. — MM. BLOCQ et LONDE, pour leur « Anatomie pathologique de la moelle épinière. — M. CATSARAS, pour ses « Recherches cliniques et expérimentales sur les accidents survenant par l'emploi des scaphandres. » — M. DEBIERRE, pour son « Traité élémentaire d'anatomie de l'homme. — M. GARNIER, pour son volume intitulé : « La folie à Paris » M. GAUTRELET, pour son livre sur les « urines ». M. NETTER, pour l'ensemble de ses recherches sur le pneumocoque.

Prix Barbier. — M. TSCHERNING pour ses « Etudes de physique physiologique sur le cristallin de l'œil humain. »

Mentions. — M. DELTHIL, pour son « ouvrage sur la diphtérie », et M. DUPUY, pour ses « travaux sur les alcaloïdes ».

Prix Bréant. — Le prix n'est pas décerné, mais l'Académie accorde un encouragement à M. NEPVEU, professeur à l'École de médecine de Marseille, pour l'ensemble de ses travaux.

Prix Godard. — M. POIRIER, pour ses « Recherches sur les lymphatiques des organes génitaux de la femme ».

Mention. — M. WALLICH, pour ses « Recherches sur les lymphatiques sous-séreux de l'utérus gravide et non gravide ».

Prix Chaussier. — M. BROUARDEL, pour ses travaux de « Médecine légale et d'Hygiène » publiés au cours des quatre dernières années et surtout pour la direction que, depuis quatorze ans, il a imprimée à l'étude et à la pratique de la Médecine légale en France.

Mention très honorable au « Traité de Médecine légale militaire » de feu M. E. DUPONCHEL.

Prix Bellion. — Prix partagé entre M. CARLIER et M. MIREUR.

Mentions très honorables. — M. CASSEDEBAT pour son étude intitulée : Bactéries et ptomaïnes des viandes de conserve ». — M. FERRAND, pour une série d'importants « Mémoires relatifs à l'Hygiène, à la Médecine légale, aux Arts insalubres, aux cimetières »,

Prix Mège. — M. FRÉDÉRIC COURMONT, pour son mémoire sur « Le Cervelet et ses fonctions ».

Prix Lallemand. — MM. GILLES DE LA TOURETTE et H. CATHELINEAU, pour leurs importantes recherches sur la « Nutrition dans l'hystérie ». — M. F. RAYMOND, pour son remarquable ouvrage sur les « Atrophies musculaires et maladies amyotrophiques ».

Mentions honorables. — MM. LEGRAIN, DEBIERRE et LEFORT, BRUHL, SOLLIER et COLIN.

PHYSIOLOGIE

Prix Montyon (PHYSIOLOGIE). — MM. le Dr M. BLOCH et A. CHARPENTIER, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, pour les travaux qu'ils poursuivent séparément, depuis de longues années, sur l' « Etude des sensibilités spéciales ».

Mentions. — M. HÉDON, pour une série de mémoires sur les « Fonctions du pancréas ». — M. LESAGE, pour son « étude sur l'influence que la salure exerce sur l'anatomie des végétaux ».

Prix La Caze (physiologie). — A l'unanimité, à M. S. Arloing, pour l'ensemble de ses travaux.

Prix Pourat. — M. Gley, pour son mémoire sur les fonctions de la glande thyroïde ».

Prix Martin-Damourette. — M. Gley, pour une série d'études de pharmacologie.

Prix Montyon (Arts insalubres). — La Commission partage inégalement le prix Montyon. Plaçant M. Gréhant en première ligne, elle lui accorde la partie principale et réserve une portion du prix à M. Bay et une portion égale à M. Brousset.

Mentions honorables. — M. Bédoin, médecin-major, et M. Lechien (de Mons).

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

Prix proposés pour l'année 1892.

(Les concours seront clos fin février 1892).

Prix de l'Académie. — 1000 francs. (Annuel.)

Question: *Phénomènes circulatoires, thermiques et chimiques de la contraction des muscles striés.*

Prix Alvarenga de Piauhy (Brésil). — 800 francs. (Annuel).

Prix Amussat: — 1000 francs. (Bisannuel.)

Prix Barbier. — 2500 francs. (Annuel.)

Prix Henri Buignet. — 1500 francs. (Annuel.)

Prix Adrien Buisson. — 10500 francs. (Triennal.)

Prix Capuron. — 1200 francs. (Annuel.)

Question: *De la phlegmatia alba dolens au point de vue obstétrical.*

Prix Civrieux. — 900 francs. (Annuel.)

Question: *Etablir, par des recherches cliniques et anatomo-pathologiques, la nature des pseudo-paralysies saturine et alcoolique.*

Prix Daudet. — 1000 francs. (Annuel.)

Question: *Leucoplasie buccale.*

Prix Desportes. — 1500 francs. (Annuel.)

~~Prix Pairet. — 1000 francs. (Bisannuel.)~~

Question: *Accidents nerveux de l'urémie.*

Prix Ernest Godard. — 1000 francs. (Annuel.)

Prix Huguier. — 3000 francs. (Triennal.)

Prix de l'hygiène de l'enfance. — 1080 francs.

Question: *Prophylaxie de la syphilis dans l'allaitement.*

Prix Laborie. — 5000 francs. (Annuel.)

Prix Laval. — 1000 francs. (Annuel.)

Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant.

Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

Prix Louis. — 5000 francs. (Triennal.)

Question: *De l'eau froide dans le traitement de la fièvre typhoïde.*

Prix Mège. — 900 francs. (Triennal.)

Question: *Des saignées locales.*

Prix Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.)

Prix Adolphe Monbinne — 1500 francs.

Prix Nativelle. — 300 francs. (Annuel).

Prix Orfila. — 4,000 francs. (Bisannuel.)

Question: *Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol, des corps de nature animée ou purement chimique aptes à développer l'impaludisme, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale?*

Prix Oulmont. — 1,000 francs. (Annuel.)

Ce prix sera décerné l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat. — (Chirurgie.)

Prix Portal. — 600 francs (Annuel.)

Question: *Anatomie pathologique du corps tyroïde.*

Prix Pourat. — 1,200 francs. (Annuel.)

Question: *Déterminer expérimentalement le mode de contraction et d'innervation des vaisseaux lymphatiques.*

Prix Saint-Lager. — 1,500 francs.

Pri Saint-Paul. 25,000 francs.

Prix Stanski. — 1,800 francs. (Bisannuel.)

Prix Vernois. — 700 francs. (Annuel).

Facultés et Ecoles des départements

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le Dr Mairet, professeur de clinique des maladies mentales et nerveuses, est nommé, pour trois ans, doyen de ladite Faculté.

M Raymond, licencié ès sciences naturelles, est chargé des fonctions de préparateur de chimie pendant la durée du congé accordé à M. Moitessier.

Ecole de médecine d'Alger. — Un concours s'ouvrira, le 20 juillet 1892, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine d'Alger.

Hôpitaux de Paris.

Le concours du prix de l'internat (chirurgie) est terminé. La *médaille d'or* est décernée à M. Mauclaire et la *médaille d'argent* à M. Nogués; une *mention honorable* a été accordée à M. Chipault.

Concours d'agrégation de médecine. — Le concours s'ouvrira le lundi 4 janvier 1892, à 5 heures du soir.

Les candidats, au nombre de 37, sont :

1° *Faculté de Bordeaux.* — MM. Auché, Cassaët, Le Dantec ;

2° *Faculté de Lille.* — MM. Colas, Legay, Legrain, Surmont ;

3° *Faculté de Lyon.* — MM. Bernard, Boyet, Bret, Charmeil, Courmont, Devic, Pic ;

4° *Faculté de Montpellier.* — MM. Ducamp, Jeannel, Rauzier ;

5° *Faculté de Nancy.* — M. Haushalter ;

6° *Faculté de Paris* — MM. Achard, Babinski, Brault, Charrin, Duflocq, Gaucher, Gilles de la Tourette, Lesage, Marfan, Menetrier, Richardière, Roger, Thibierge, Thoinot, Widal, Wurtz ;

7° *Faculté de Toulouse.* — MM. Gaube, Morel, Rémond.

En outre, un certain nombre de candidats de province se sont fait inscrire pour plusieurs facultés.

— Le ministre de l'intérieur a décerné les récompenses suivantes aux médecins ci-après désignés, pour leur participation aux travaux des conseils d'hygiène publique et salubrité pendant l'année 1889 :

Médailles d'or. — MM. les Drs Bertin-Sans (de Montpellier) et Layet (de Bordeaux).

Rappel de médaille d'or. — M. le Dr Nivet (de Clermont-Ferrand).

Médaille de vermeil. — M. le Dr Mignot (de Pougues-les-Eaux).

Médailles d'argent. — MM. les Drs Deshayes (de Rouen); Durand (de Saint-Nazaire) et Guède (de Paris).

Médailles de bronze. — MM. les Drs Arnaud de Fabre (d'Avignon; Bertin (de Nantes); Fournac de Marseille) et Guichard (d'Angers).

Chemins de fer d'orléans. — Des billets d'aller et retour de famille de 1re et de 2e classe sont délivrés toute l'année à toutes les stations du réseau d'Orléans, avec faculté d'arrêt à tous les points du parcours, pour :

Arcachon, Biarritz, Dax, Guéthary (halte), Pau, Saint-Jean-de-Luz et Salies-de-Béarn.

Avec les réductions suivantes, calculés sur les prix du tarif légal d'après la distance parcourue, sous réserve que cette distance, aller et retour compris, sera d'au moins 500 kilomètres :

Pour une famille de 3 personnes : 20 0/0; 4 personnes : 30 0/0; 5 personnes : 35 0/0; 6 personnes ou plus : 40 0/0.

Durée de validité : 33 jours, non compris les jours de départ et d'arrivée.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

O. Doin, libraire-éditeur 8, place de l'Odéon, Paris.

Clinique médicale de la Faculté à l'Université de Moscou. — Exposé de l'enseignement clinique (Leçons d'ouverture) par le Dr G. A. Zakharine professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Moscou, avec une introduction par Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat. — Une brochure in-8° de 62 pages Prix : 1 fr. 50.

G. Steinheil, éditeur, rue Casimir-Delavigne, 2.

Etude sur les ruptures intra-péritonéales des kystes hydatiques du foie (épanchements de liquide hydatique et de bile dans le péritoine), par le Dr Marius Mauny, ancien interne en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris. — 1 brochure in-8° de 64 pages Prix : 2 fr. 50.

J.-B. Baillière et fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille.

Technique de l'accouchement prématuré, par le Dr E. Grinda, ancien moniteur à la Clinique d'obstétrique de la Faculté de Paris. — Un vol. in-8° de 129 p. Prix : 3 fr. 50.

Les Maladies de l'esprit, par le Dr P. Max-Simon, médecin-inspecteur des asiles d'aliénés du Rhône. — Un vol. in-16 de 320 p., de la *Bibliothèque scientifique contemporaine*. Prix : 3 fr. 50.

Vve Babé et Cie, éditeurs, place de l'Ecole-de-Médecine, 23.

Traité théorique et pratique du massage, par le Dr Norstrom (de Stockholm). — 2e édit., entièrement refondue. — Un vol. in-8° de 672 p. Prix : 10 fr.

Librairie M. Nierstrasz, éditeur, 66, rue de la Cathédrale, à Liège.

Vade-Mecum d'obstétrique à l'usage des étudiants et des médecins, par le Dr A. Duhrssen, privat-docent d'obstétrique et de gynécologie à l'Université de Berlin. — Traduit de l'allemand, d'après la 2e édition, par le Dr Ch. Van Aubel, assistant à l'Université de Liège, avec une préface de M. le professeur F. Fraipont. — Un vol. in-12, cartonné, de 190 p., avec 34 fig. dans le texte.

Librairie Félix Alcan, éditeur, boulevard Saint-Germain.

De l'exercice chez les adultes, par le Dr Fernand Lagrange, médecin consultant à Vichy. — Un vol. in-18, broché, de 370 p. Prix : 3 fr. 50.

Association typographique F. Plon, 12, rue de la Barre, à Lyon.

Des complications articulaires et péri-articulaires de la diphtérie, par B. Lyonnet, interne des hôpitaux de Lyon. — Une brochure de 24 p., extraite du *Lyon Médical.*

A. Manceaux, libraire-éditeur, 12, rue des Trois-Têtes, à Bruxelles.

Entretiens chirurgicaux faits à l'hôpital Saint-Jean, pendant les années 1886 à 1890, par le Dr J. Thiriar, professeur à l'Université. — Un vol. in-8° de 230 p., avec fig. dans le texte. Prix : 6 fr.

Cours d'hygiène générale et pédagogique professé à l'Ecole normale supérieure des humanités (1878-1891) et à l'Ecole normale des régentes (1880-1885), précédé et accompagné de notions élémentaires de chimie biologique et d'anatomo-physiologie, par le Dr Hyac. Kuborn, médecin et professeur d'hygiène. — Un vol. in-8° de 1190 p., avec 88 fig. dans le texte. Prix : 15 fr.

Le Rédacteur en chef et gérant, F. de Ranse.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

